This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
T71 .H64 1 STOR
Traite theorique et pratique des malad

OCT 29 1961

LANE
MEDICAL LIBRARY
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
SEMPER VIRENS
1885

LAW LIBRARY STANFORD UNIVERSITY

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES

MALADIES DE LA PEAU

ERRATA DU TOME PREMIER

Page 67, ligne 20. — Au lieu de : *lichen hémorrhagique;* — lisez : *urticaire hémorrhagique.*

Page 69, lignes 37 et 38. — Au lieu de : *il faut citer l'érythème aigu fébrile généralisé: il en existe une variété spéciale connue sous le nom de,* etc.; — lisez : *il faut citer une forme d'érythème aigu fébrile généralisé, connue sous le nom d'érythème scarlatiniforme.*

Page 73, ligne 8. — Après : *l'érythème iodique:* — ajoutez : *et bromique.* — *Ligne 10.* — Après : *de la teinture d'iode;* — ajoutez : *et du bromure de potassium.*

Page 77, ligne 15. — Après : *l'herpès;* — supprimez : *successif.*

Page 85, ligne 6. — Au lieu de : *est fourni soit par une exsudation;* — lisez : *est fourni par une exsudation.* — *Ligne 7.* — Après : *Capillaires des papilles;* — supprimez la fin de la phrase.

Page 87, ligne 5. — Au lieu de : *alors;* — lisez : *à tort.*

Page 93, ligne 32. — Au lieu de : *qui se rapproche plutôt des phlysaciées;* — lisez : *qui se rapproche plutôt des psydraciées.*

Page 97, ligne 19. — Au lieu de : *dans l'impetigo rodens du nez;* — lisez : *dans l'affection désignée sous le nom d'impetigo rodens du nez, qui n'est pas à proprement parler un impetigo.*

Page 98, ligne 10. — Au lieu de : *d'après Ch. Robin;* — lisez : *d'après Bazin et Ch. Robin.* — *Ligne 11.* — Au lieu de : *microsporon mentagrophytes;* — lisez : *trichophyton tonsurans.*

Page 100, ligne 13. — Après : *lichen lividus;* — ajoutez : *ou purpura papulosa (Hebra).*

Page 101, ligne 9. — Au lieu de : *mais toujours plates;* — lisez : *plates ou acuminées.* — *Ligne 15.* — Au lieu de : *en général aplaties;* — lisez : *arrondies ou coniques.* — *Ligne 17.* — Au lieu de : *moins aplaties;* — lisez : *acuminées et confluentes;* supprimez : *mais.* — *Ligne 22.* — Après : *lichen lividus ou hémorrhagique;* — ajoutez : *qui est une forme de purpura (purpura papulosa).* — *Ligne 24.* — Après : *lichen urticans;* — ajoutez : *qui est une forme d'urticaire.* — *Ligne 30-31.* — Au lieu de : *coniques, acuminées;* — lisez : *aplaties.*

Page 114, ligne 29. — Au lieu de : *du genre microsporon;* — lisez : *des genres microsporon et trichophyton.* — *Ligne 30.* — Au lieu de : *quelques formes;* — lisez : *deux formes.* — *Ligne 33.* — Supprimez : *le pityriasis capitis.*

Page 130, ligne 28. — Au lieu de : *en 1832;* — lisez : *de 1828 à 1832.*

Page 131, ligne 35. — Au lieu de : *pityriasis capitis;* — lisez : *pityriasis trichophytique.*

Page 156, ligne 30. — Après : *brusquement;* — supprimez : *et.*

Page 157, ligne 8. — Après : *sont;* — ajoutez : *le plus souvent.*

Page 171, ligne 17. — Au lieu de : *causes somatiques;* — lisez : *causes diététiques.*

Page 176, ligne 2. — Au lieu de : *c'est au microsporon mentagrophytes (Ch. Robin);* — lisez : *c'est également au trichophyton tonsurans, d'après Bazin.*

Page 192, ligne 15. — Au lieu de : *et;* — lisez : *est.*

Page 221, ligne 13. — Supprimez : *3e genre miliaire* (La miliaire doit être rattachée aux maladies des glandes sudoripares), — ajoutez : *3e genre, Hydroa.* — *Ligne 14.* — Supprimez : *1er genre. Hydroa.* (Les dermatoses bulleuses ne comprennent que le pemphigus et le rupia). — *Ligne 22.* — Au lieu de : *prurigo, strofulus;* — lisez : *2e genre, strophulus.* — Ajoutez : *3e genre, prurigo.*

Page 222, lignes 14 et 15. — Supprimez : *6e genre, papuleuses, et 7e genre, squameuses.* — *Ligne 16.* — Au lieu de : *8e genre;* — lisez : *6e genre, tuberculeuses.* (Les syphilides ne comprennent que 6 genres.)

Page 226, ligne 14. — Au lieu de : *le réseau malpighien;* — lisez : *la couche de Malpighi.*

Page 240, ligne 20. — Supprimez : *gyratum seu.*

Page 247, ligne 2. — Supprimez : *Bazin.*

Coulommiers. — Imprimerie P. BRODARD et Cie.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES

MALADIES DE LA PEAU

PAR

J.-B. HILLAIRET

Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine
et du Conseil d'hygiène
et de salubrité de la Seine, etc., etc.

E. GAUCHER

Chef de clinique médicale à l'hôpital Necker,
Préparateur des travaux d'histologie
à la Faculté de médecine de Paris,
ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

TOME PREMIER

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE
DERMATOSES INFLAMMATOIRES COMMUNES

AVEC FIGURES DANS LE TEXTE
Et 8 planches chromolithographiques hors texte

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1885
Tous droits réservés.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES

MALADIES DE LA PEAU

PREMIÈRE PARTIE

NOTIONS PRÉLIMINAIRES D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

La peau est le tégument externe, formant pour toute la surface du corps un revêtement protecteur, en même temps qu'un appareil complexe de sensibilité, de sécrétion et d'absorption.

Au niveau des orifices naturels, la peau se continue directement avec les muqueuses, et le tissu qui la constitue subit alors certaines modifications en rapport avec sa destination et ses fonctions nouvelles. Cependant il ne faudrait pas croire qu'il existât des différences histologiques capitales entre la peau et la plupart des muqueuses; et, à ce propos, il n'est pas inutile de rappeler la division établie jadis par Ch. Robin dans le système muqueux [1]. On peut, en effet, partager les muqueuses en deux classes : l'une comprend toutes les muqueuses dites *dermo-papillaires*, qui présentent les plus grandes analogies avec la peau; de ce nombre sont les muqueuses de la bouche, du pharynx, de l'œsophage jusqu'au cardia, la muqueuse des voies aériennes, celle des voies génito-urinaires et celle de l'anus au-dessous de la ligne sinueuse de Morgagni. La seconde classe renferme seulement la mu-

1. Voy. *Dict. encyclop.*, article Muqueux (Système), par Ch. Robin.

queuse de l'estomac et de l'intestin jusqu'à l'anus exclusivement. Les muqueuses de la première classe se développent, comme la peau, aux dépens du feuillet externe du blastoderme ; celles de la seconde tirent leur origine du feuillet interne.

Cette notion première sur la similitude et la solidarité de texture et d'origine entre la peau et certaines muqueuses nous semble de la plus haute importance au point de vue de la pathologie cutanée.

En effet, on verra par la suite que les muqueuses dermo-papillaires, au moins celles qui se continuent directement avec la peau, peuvent être atteintes des mêmes affections que celle-ci. C'est ainsi par exemple que parfois l'eczéma dépassant les limites de la peau, envahit la muqueuse de l'anus, celle du vagin, plus rarement celle du col utérin, ou bien celle des lèvres, de la bouche ou de la langue, et même dans certaines circonstances se trouve exclusivement localisé à ces régions. C'est ainsi que les mêmes plaques muqueuses hypertrophiques, les mêmes tubercules muqueux si l'on veut, sont observés à la face interne et à la face externe des grandes lèvres, à l'orifice du vagin et à la face interne des cuisses, en dedans et en dehors de l'anus. Ne sait-on pas encore que les plaques muqueuses se développent sur la muqueuse du larynx comme sur celle de la gorge, de la bouche ou sur le bord des lèvres ? Il serait superflu de citer de plus nombreux exemples, qui tous seraient comparables à ceux-ci.

Nous n'avons pas l'intention dans cet exposé sommaire de traiter complètement de l'histologie et surtout de l'anatomie descriptive de la peau ; nous renvoyons pour cette étude aux ouvrages spéciaux. Nous voulons seulement donner une vue d'ensemble du tégument externe, indiquer ses éléments essentiels et leur groupement réciproque, afin de permettre au lecteur de suivre plus facilement la description anatomo-pathologique de chaque lésion cutanée.

Section I. — Développement de la peau.

La peau, avons-nous dit, se développe principalement aux dépens du feuillet externe du blastoderme.

Après la segmentation du vitellus, les cellules qui résultent de cette segmentation se disposent sur deux couches, l'une externe ou ectoblaste, l'autre interne ou endoblaste ; bientôt, entre les deux feuillets primitifs,

se développe une couche intermédiaire, et ainsi se trouvent constitués les trois feuillets du blastoderme.

Développement de l'épiderme. — Au début, l'épiderme, représenté par le feuillet externe, est simplement formé par une couche de cellules aplaties, à noyau. Mais bientôt, dans la cinquième semaine, d'après Kölliker, au-dessous de cette lamelle épithéliale, qui sera plus tard l'épiderme corné, on voit naître une seconde rangée de cellules de forme cubique, à parois très minces, transparentes, avec un gros noyau

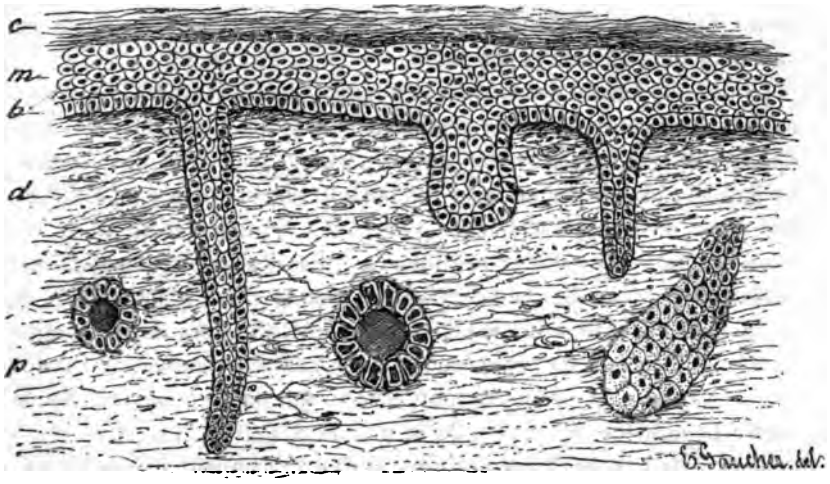

Fig. 1. — Développement de la peau (préparation personnelle). Peau de fœtus de 5 à 6 mois, avec les trois couches de l'épiderme et les involutions destinées à former les glandes et les poils. *c*, couche cornée. — *m*, couche de Malpighi. — *b*, couche basilaire recouvrant la « *basement-membrane* ». — *d*, derme.

et un contenu granuleux : on peut la désigner sous le nom de *couche génératrice* (Ch. Rémy) [1]. Ces cellules se multiplent rapidement et se superposent de manière à donner naissance au corps muqueux de Malpighi ; si bien qu'un peu plus tard, sur un embryon de 10 centimètres, d'après Ch. Rémy, l'épiderme présente déjà ses trois couches distinctes, l'une profonde, d'une seule rangée de cellules cubiques, appliquées sur le corps papillaire, la seconde, c'est la couche moyenne ou de Malpighi, d'épaisseur variable et composée de grosses cellules irrégulières, polygonales, la troisième superficielle et très mince, qui est formée de cellules plates.

1. Ch. Rémy. Thèse sur l'histologie normale de la peau, 1878.

Dès lors, l'épiderme se trouve complet, tel qu'il sera chez l'adulte. Il suffira maintenant que les cellules se multiplient de dedans en dehors, et que les plus externes, perdant leur noyau, suivant le mécanisme indiqué par Ch. Robin [1], deviennent cornées, pour que la première couche de la peau arrive à son état de parfait développement.

Développement des annexes de la peau. — Quant aux produits épidermiques, tels que les glandes, les poils et les ongles, ils apparaissent vers la fin du troisième mois ou le commencement du quatrième. Ces différents organes prennent naissance aux dépens de bourgeonnements épithéliaux émanés principalement de la couche profonde ou couche génératrice de l'épiderme.

Le développement des *glandes sudoripares* doit être étudié à la région palmaire, où cette espèce de glandes existe seule. Les bourgeons formateurs de ces glandes s'enfoncent perpendiculairement dans le derme, où ils se terminent par un léger renflement. Chaque bourgeon est alors une sorte de colonne cellulaire pleine. Au septième mois de la vie intra-utérine, les cellules centrales se ramollissent et disparaissent pour laisser à leur place une cavité qui sera la cavité glandulaire [2]. A ce moment, la glande est constituée par un tube dont une extrémité s'ouvre à la surface de l'épiderme et dont l'autre, terminée en cul-de-sac, se recourbe en crosse, se contourne en spirale, de manière à représenter bientôt les flexuosités de la glande définitive. La paroi glandulaire reste formée par les cellules qui se continuent avec celles de la couche génératrice.

Les *poils* apparaissent du troisième au sixième mois (Cadiat). Ils se développent aussi aux dépens de bourgeons épithéliaux nés de la couche génératrice. Le bourgeon piligène s'enfonce dans le derme, dont il repousse la couche superficielle devant lui, et celle-ci, qui est essentiellement composée de substance amorphe, se moule sur lui et l'enveloppe à la façon d'une coiffe. Bientôt, au niveau du sommet du bourgeon, la

1. Ch. Robin, *Anat. et physiol. cellulaires*, p. 74. D'après Ch. Robin, la desquamation épidermique véritable ne commence qu'au neuvième mois de la vie intra-utérine et après la naissance. Jusqu'à cette époque, la kératinisation s'opère d'une manière particulière. Les cellules superficielles de l'épiderme ont un gros noyau qui disparaît vers le deuxième ou troisième mois. Il ne disparaît pas par atrophie comme il le fait après la naissance. Il s'hypertrophie au contraire considérablement, fait une saillie pyriforme à la surface du corps cellulaire, puis son point d'union avec la cellule se rétrécit en forme de pédicule. Celui-ci finit par se rompre, le noyau devenu libre tombe dans le liquide amniotique, et la cellule reste alors sans noyau jusqu'à l'époque de la desquamation.

2. Voy. Sappey, *Anat. descriptive*, t. III, p. 603.

membrane amorphe s'épaissit, des noyaux apparaissent et prolifèrent, et de cette néoformation dermique résulte une papille. Le bourgeon épidermique se déprime alors et s'excave en forme de cul de bouteille pour loger la *papille du poil* (voy. Ch. Rémy, *loc. cit.*).

Le bulbe pileux est à ce moment constitué de la manière suivante : son extrémité évasée et concave, à concavité inférieure, repose sur la papille, qu'elle emboîte; sa paroi est formée par les cellules de la couche génératrice, insérées perpendiculairement sur la lame amorphe du derme; à la partie centrale se trouvent d'autres cellules irrégulièrement disposées et qui représentent la couche de Malpighi.

Sur le sommet de la papille dermique, les cellules génératrices s'allongent et se segmentent pour constituer le poil proprement dit. A mesure que le poil s'allonge, le développement de la gaine s'achève, et, quand, après un temps d'arrêt, la pointe du poil a percé la couche cornée de l'épiderme, on peut reconnaître d'une part sur la gaine, d'autre part dans le poil lui-même, les trois couches épidermiques. Dans le poil, elles sont représentées par trois cônes superposés : l'inférieur, qui contient le pigment, est la couche génératrice; le moyen, dont les cellules vont constituer la plus grande partie du poil, est la couche de Malpighi; le cône supérieur est le revêtement corné.

C'est encore de la couche génératrice, et aussi du bourgeon pileux lui-même, que naissent les *glandes sébacées*. Du bourgeon du poil, vers sa partie moyenne, on voit naître latéralement un ou deux prolongements épithéliaux, d'abord arrondis, puis bientôt pyriformes, qui s'accroissent graduellement, tandis que les cellules centrales s'infiltrent de graisse et se ramollissent : ainsi se trouvent constitués et la glande et son premier produit de sécrétion. De nouveaux prolongements naissent par bourgeonnement de la glande primitive, pour former une petite grappe appendue au follicule pileux et ouverte dans sa cavité.

Le développement des *ongles* commence vers la fin du troisième mois de la vie intra-utérine; du sixième au septième, ils débordent le derme sous-unguéal [1]. Sur un embryon de 10 centimètres, d'après Ch. Rémy (*loc. cit.*), « la matrice de l'ongle se dessine déjà; elle est alors formée par un pli de l'épiderme, et le siège de l'ongle n'est indiqué que par une plus grande épaisseur de la couche de Malpighi. » Cette matrice joue donc, à l'égard de l'ongle, le même rôle que la papille vis-à-vis du

1. Voy. Sappey, *Traité d'anatomie*, t. III, p. 609.

poil. Mais les cellules unguéales, qui sont en somme une dépendance de la couche cornée de l'épiderme, ne naissent pas seulement de la matrice, mais aussi du derme sous-unguéal. Celui-ci, en effet, engendre rapidement plusieurs couches superposées de cellules, qui contribuent grandement au développement et à l'accroissement de l'ongle, et qui font qu'il est d'autant plus épais, qu'on s'approche plus de son extrémité.

Développement du derme. — Jusqu'ici, nous ne nous sommes occupés que de l'épiderme et de ses dépendances; le développement du derme doit nous arrêter un instant.

Au-dessous du corps muqueux de Malpighi, existe une mince couche de matière amorphe, qui forme une ligne de démarcation très nette entre le derme et l'épiderme. C'est au-dessous de cette couche amorphe, ou *basement-membrane*, qu'on trouve le tissu embryonnaire, dérivé du feuillet moyen, qui va constituer le derme. Ce tissu, d'abord exclusivement formé de noyaux embryoplastiques et de cellules fusiformes ou étoilées, renferme bientôt des fibres lamineuses, élastiques et musculaires et de nombreux vaisseaux. C'est alors, vers le quatrième mois, à l'époque où l'embryon prend le nom de fœtus, que les saillies du corps papillaire apparaissent et se dessinent de plus en plus; elles résultent de l'emboîtement réciproque des bourgeonnements du derme et de l'épiderme en sens inverse, les uns en dehors, les autres en dedans. Il est remarquable que les bourgeons épidermiques interpapillaires se développent en même temps que les ongles et les poils, et aux dépens de la même couche génératrice (Ch. Rémy).

Par cet aperçu embryogénique rapide, on voit qu'une indépendance complète existe, au point de vue de l'origine, entre le derme et l'épiderme ; cette même indépendance se retrouvera dans la localisation des différentes lésions cutanées.

Section II. — Configuration extérieure et anatomie descriptive de la peau.

Considérée à l'œil nu, et chez un individu arrivé à l'âge moyen de la vie, la peau, suivant les régions où on l'examine, présente des caractères différents. Elle est glabre ou couverte de poils, plus ou moins épaisse, plus ou moins résistante, plus ou moins adhérente aux tissus sous-jacents.

PUBLICATION PÉRIODIQUE

Novembre 1888 N° 8

CATALOGUE
TRIMESTRIEL ET RAISONNÉ

DES OUVRAGES PUBLIÉS PAR LA LIBRAIRIE

OCTAVE DOIN

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

PARIS

Ce catalogue sera régulièrement envoyé tous les trois mois aux clients de la maison et à toute personne qui en fera la demande.

Anatomie et Physiologie, Médecine et Chirurgie.

DICTIONNAIRE
DE THÉRAPEUTIQUE

DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACOLOGIE

DE TOXICOLOGIE ET DES EAUX MINÉRALES

PAR LE Dr DUJARDIN-BEAUMETZ

Membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, Médecin de l'hôpital Cochin.

4 forts volumes in-4 de 900 pages chacun avec 800 figures dans le texte.

PRIX 100 FRANCS

L'OUVRAGE EST MAINTENANT COMPLET

Le *Dictionnaire de Thérapeutique* est terminé et un addenda placé dans le dernier fascicule met cet ouvrage au courant des progrès que la Thérapeutique a faits pendant le cours de sa publication. C'est donc une œuvre que l'on peut considérer comme complète au moment de son apparition.

Comme le dit fort justement M. Dujardin-Beaumetz dans son introduction, ce *Dictionnaire* a pour but « d'inventorier à nouveau les nombreux agents médicamenteux qui constituent à notre époque l'arsenal thérapeutique ». Les progrès incessants de la Thérapeutique, progrès tels qu'ils créent pour ainsi dire chaque jour de nouveaux médicaments, rendaient ce classement et cet inventaire absolument indispensables, et c'était faire œuvre utile pour le praticien que de réunir sous la forme d'un dictionnaire tous les éléments de la matière médicale ; nul n'était plus à même que le savant médecin de l'hôpital Cochin, pour mener à bien un pareil travail.

On trouvera dans tous les articles de ce *Dictionnaire* la clarté d'exposition et la méthode qui ont fait le succès des œuvres de M. Dujardin-Beaumetz et qui font de ce monument élevé à la Thérapeutique un ouvrage éminemment pratique. La partie des eaux minérales a été traitée avec un grand développement et de telle sorte que non seulement les eaux minérales de notre pays y sont étudiées avec tout le soin qu'elles comportent, mais encore presque toutes les eaux minérales étrangères.

En résumé, cet ouvrage par les services qu'il est appelé à rendre, doit désormais faire partie de la bibliothèque de tout médecin soucieux de se tenir au courant de la science et de la pratique de son art.

CONFÉRENCES DE THÉRAPEUTIQUE DE L'HOPITAL COCHIN

L'HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

GYMNASTIQUE — MASSAGE — HYDROTHÉRAPIE — AÉROTHÉRAPIE — CLIMATOTHÉRAPIE

Par le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ

Un volume grand in-8° de 250 pages, avec figures et une planche en chromo hors texte.
Prix : broché, 6 francs. — Cartonné toile, tête dorée, 7 francs

L'HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Par le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ

DEUXIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

Un volume grand in-8° de 250 pages, avec figures et une planche en chromo hors texte.
Prix: broché, 6 francs. — Cartonné toile, tête dorée, 7 francs.

Dans la seconde édition de son *Hygiène alimentaire*, le Dr Dujardin-Beaumetz a introduit quelques modifications qui ont trait aux nouvelles substances utilisées dans l'alimentation telles que le soya et la saccharine et aux nouvelles recherches entreprises pour étudier cliniquement la digestion stomacale.

L'hygiène alimentaire est une œuvre éminemment pratique qui constitue un des chapitres les plus importants de cette hygiène thérapeutique à laquelle le médecin de l'hôpital Cochin consacre depuis quelques années ses conférences. Dans un second volume, que nous annonçons ci-dessus, *L'Hygiène thérapeutique*, il a examiné, au même point de vue, la gymnastique, le massage, l'hydrothérapie, l'aérothérapie et la climatothérapie, et dans un troisième volume en cours de publication, il termine ce sujet par l'étude de l'hygiène prophylactique.

Le médecin trouvera donc dans ces trois volumes, *hygiène alimentaire, hygiène thérapeutique proprement dite, hygiène prophylactique* l'application de tous les agents que fournit l'hygiène pour la cure des maladies. Il nous suffit de signaler le but de pareils ouvrages pour en montrer toute l'utilité.

LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Par le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ

Recueillies par le Dr Eug. CARPENTIER-MÉRICOURT

ET REVUES PAR L'AUTEUR

Cinquième édition entièrement remaniée

3 volumes grand in-8° de 850 pages chacun, avec figures dans le texte
et planches chromolithographiques hors-texte.
Prix : **48** francs ; cartonné, tête dorée, **53** francs.

Les leçons de *Clinique thérapeutique* sont devenues un ouvrage classique et les éditions successives indiquent suffisamment le succès qu'il a obtenu près du public médical. C'est la 5e édition que nous mettons aujourd'hui en vente. Cette nouvelle édition a été revue avec le plus grand soin par l'auteur qui non seulement a signalé les récentes acquisitions de la Thérapeutique dans ces dernières années, mais encore a remanié plusieurs parties de cet ouvrage, et, en particulier, le livre consacré au traitement des maladies de l'estomac ; il a introduit une nouvelle leçon sur l'antisepsie pulmonaire, enfin dans la leçon sur les névralgies il a insisté sur les nouveaux analgésiques.

Ainsi revu, corrigé et complété, cette clinique thérapeutique devient un ouvrage indispensable au praticien qui y trouve un guide utile et sûr pour le traitement des maladies.

FORMULAIRE PRATIQUE

DE

THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

PAR

DUJARDIN-BEAUMETZ
Membre de l'Académie de médecine
et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine
Médecin de l'hôpital Cochin.

P. YVON
Pharmacien de 1re classe,
Ex-interne des hôpitaux de Paris
Membre de la Société de pharmacie.

Deuxième édition revue et augmentée
Un vol. in-18 cartonné de 600 pages. — Prix : **4** francs.

La seconde édition du formulaire vient de paraître. MM. Dujardin-Beaumetz et Yvon se sont efforcés de perfectionner cette œuvre qui avait été accueillie avec tant de succès lors de son apparition. Des corrections très attentives ont permis de corriger les erreurs typographiques qui s'étaient glissées dans la 1re édition. Une double table établie avec grand soin rend les recherches très-faciles. Ainsi complété, ce petit volume avec son classement alphabétique, sa disposition typographique, ses tranches coloriées, ses tables, constitue le formulaire le plus commode que l'on ait eu jusqu'ici, et il devient par cela même le compagnon indispensable de tout médecin.

TRAITÉ DE L'ALBUMINURIE ET DU MAL DE BRIGHT

PAR

E. LECORCHÉ
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Médecin des hôpitaux.

CH. TALAMON
Médecin des hôpitaux.

Un volume grand in-8° de 730 pages. — Prix : 14 fr.

Ce traité est l'ouvrage le plus complet que nous possédons sur cette vaste et complète question de l'albuminurie. Les auteurs se sont attachés non seulement à réunir toutes les notions nouvelles qui depuis quelques années ont si largement agrandi le cadre de cette maladie, mais encore à éclairer de leurs recherches personnelles une foule de points encore obscurs et à donner, d'après leurs observations, une originale et pratique description des phénomènes compris sous le nom de mal de Bright.

La première partie est consacrée à l'albuminurie propement dite, envisagée en temps que symptôme. Les diverses matières albuminoïdes contenues dans l'urine, peptones hémialbumoses, sérine, globulines, etc, y sont minutieusement étudiées tant au point de vue chimique qu'au point de vue de leurs réactions et de leurs procédés de recherches et de dosage. La valeur de l'albuminurie dans les différentes maladies, les rapports de ce symptôme avec les lésions des glomérules, les conditions expérimentales du passage de l'albumine dans l'urine font l'objet de chapitres distincts. Les questions d'actualité de l'albuminurie dite physiologique, intermittente, cyclique, et des albuminuries microbiennes sont traitées avec une grande richesse de faits et d'expériences personnelles.

Dans la seconde partie, après avoir fait un historique complet des théories médicales de la maladie de Bright, les auteurs exposent la façon dont ils comprennent l'évolution anatomique des lésions rénales qui aboutissent au gros rein blanc ou au petit rein contracté. Sur cette évolution est fondée une remarquable étude de la symptomatologie du mal de Bright, envisagé dans son ensemble et dans son développement clinique. Les formes morbides qu'ont admises les auteurs composent un tableau aussi exact que pratique de la marche des accidents chez les brightiques.

Le livre se termine par un chapitre consacré à l'hygiène et au traitement de la maladie et des malades; l'étendue et les développements que lui ont accordés les auteurs seront justement appréciés de tous les médecins.

LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE

PROFESSÉES A LA SALPÊTRIÈRE

Par O. TERRILLON

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de la Salpêtrière.

Contenant les nouvelles applications de la chirurgie aux affections de l'abdomen et des organes génitaux de la femme.

Un beau volume in-8 de 520 pages avec figures dans le texte — Prix : **10** fr.

Les leçons de clinique chirurgicale de M. Terrillon sont consacrées exclusivement aux sujets qui ont fait l'objet de son enseignement à la Salpêtrière depuis six ans.

Dans ce service spécial où il a déjà eu l'occasion de faire un grand nombre de laparotomies l'auteur a pu étudier avec attention les nombreuses affections abdominales qui peuvent être traitées par les procédés chirurgicaux. Aussi on trouvera dans ses leçons sur ce sujet des aperçus nouveaux et surtout des préceptes importants et précieux sur les méthodes d'intervention chirurgicale.

Ce livre comprend en réalité trois parties distinctes et qui correspondent aux trois classes de maladies chirurgicales dont M. Terrillon s'est plus particulièrement occupé.

Les quinze premières leçons sont consacrées aux nouveaux modes de traitement chirurgical appliqués aux organes génitaux externes de la femme. Nous citerons particulièrement la périnéorraphie, opération à propos de laquelle l'auteur a fait des études spéciales, le traitement de la métrite parenchymateuse par les scarifications, l'opération d'Alexander, etc.

Puis nous trouvons une série de vingt leçons qui sont consacrées à la laparotomie spécialement destinée au traitement des organes génitaux internes de la femme. L'ovariotomie avec tous ses détails comprend plusieurs leçons originales et dans lesquelles tous les préceptes utiles pour cette opération sont étudiés avec soin;

Les accidents des kystes de l'ovaire ; la torsion du pédicule ; enfin deux chapitres sur la salpingite et son traitement par l'hystérectomie abdominale.

Dans la troisième partie qui est consacrée aux tumeurs abdominales des organes autres que les organes génitaux de la femme comprend :

La gastrotomie, néphrectomie, cholécystotomie et le traitement des kystes hydatiques du foie. Enfin cette partie se termine par une leçon originale sur le traitement chirurgical de la péritonite, question encore bien discutée, mais qui semble résumer tous les progrès faits depuis quelques années en chirurgie abdominale.

GUIDE PRATIQUE DE PETITE CHIRURGIE

Par Michel GANGOLPHE

Chirurgien-major désigné de l'Hôtel Dieu de Lyon

Précédé d'une lettre de M. le professeur Léon TRIPIER.

Un volume in-12 de 140 pages, avec 4 planches hors texte. — Prix : **2** francs.

TRAITÉ D'HYSTÉROTOMIE ET D'HYSTÉRECTOMIE

PAR LA VOIE VAGINALE

Par le Dr LAURENT SECHEYRON

Ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris, professeur suppléant à l'École de médecine de Toulouse.

Précédé d'une préface de M. PÉAN

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine.

Un beau vol. gr. in-8° de 825 pages avec figures et tableaux dans le texte. — 14 fr.

L'hystérectomie vaginale totale, l'opération de Récamier, est en honneur en France, à l'étranger. Ses indications s'étendent tous les jours : la cure radicale du cancer n'est plus seule l'objectif du chirurgien, l'extirpation de la matrice est appliquée avec le plus grand succès à un grand nombre d'affections, telles que les fibromes, les kystes utérins, l'inversion utérine, les inflammations utérines et péri-utérines, etc., arrivées au point de compromettre l'existence.

Le Dr Péan est allé plus loin encore. L'opération de Péan permet l'extirpation des tumeurs solides et liquides tout en respectant l'intégrité de la matrice

Ainsi, de nombreuses infortunées condamnées jadis à subir la castration ovarienne pourront conserver toutes leurs espérances de maternité.

Le traité d'hystérotomie et d'hystérectomie vaginales du Dr Secheyron est plus qu'un exposé méthodique et complet de toutes ces questions inhérentes au traitement chirurgical de l'utérus, et mises à l'ordre du jour de tous les congrès, de toutes les sociétés médicales.

L'auteur, préparé par une longue expérience en gynécologie, expérience acquise auprès des maîtres tels que Gallard et Péan, a donné, de plusieurs opérations nouvelles, des descriptions magistrales destinées à devenir classiques.

Par ses soins, la gynécologie opératoire s'est enrichie de nombreux et intéressants chapitres. Nous signalerons presque en entier la première partie de l'ouvrage qui traite de *l'Hystérotomie vaginale*. Son œuvre originale vient combler une lacune importante en gynécologie.

Le traité est enrichi d'un grand nombre de figures, de statistiques, d'observations inédites recueillies dans la pratique si vaste du Dr Péan. Le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis a bien voulu présenter lui-même par une préface l'ouvrage au public médical.

Le succès ne peut manquer de couronner une œuvre si largement conçue. L'inestimable récompense du *Prix de l'Académie* décernée à l'auteur en 1887, par l'Académie de médecine, pour son important mémoire sur *l'Hystérectomie vaginale*, est la plus sérieuse garantie de la bonne exécution de l'œuvre entreprise par le Dr Secheyron.

DES CONDITIONS QUI FAVORISENT OU ENTRAVENT

LE DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS

INFLUENCE DU PERE — RECHERCHES CLINIQUES

Par le Dr FELICE LA TORRE

Membre correspondant étranger de la Société obstétricale et gynécologique de Paris,
Membre de la Société française d'hygiène.

Grand in-8° de 236 pages. — Prix : 5 francs.

A la suite de recherches patientes, consciencieuses et délicates, M. le Dr La Torre est arrivé à étudier certains points intéressants de l'influence paternelle dans la procréation du nouvel être.

En face de stérilité, comme en face d'hérédité, on est toujours porté à accuser presque exclusivement la mère. L'homme est pour ainsi dire éloigné du débat.

S'il est vrai que la mère, par l'ovule, et par les neuf mois de gestation, exerce sur l'enfant une influence prépondérante, le père par le spermatozoïde transmet à l'enfant ses qualités et défauts physiques et intellectuels.

Aussi, comme le dit très bien M. La Torre, pour avoir des enfants forts et sains, pour doter notre chère Patrie de défenseurs valides, il faut que le père soit fort et bien portant lui-même; la mère pouvant être mince, petite et faible. Sous ce rapport il serait préférable que l'officier de l'état civil fût plus hygiéniste que légiste. Il faudrait, en un mot, que l'on fît dans les alliances moins de spéculation et plus de sélection, car il en résulte que les mésalliances, au point de vue de la santé, amènent fatalement la dégénérescence du genre humain : *Talis pater, talis filius.*

LA DIPHTÉRIE. — SON TRAITEMENT ANTISEPTIQUE

Par le Dr REYOU (de Saumur)

ÉTUDES CLINIQUES PRÉCÉDÉES D'UNE PRÉFACE DU PROFESSEUR GRANCHER

Un volume in-8° de 300 pages — Prix : 6 francs.

« Parmi beaucoup d'autres mérites, dit le professeur Grancher dans une importante préface, ce livre a celui d'être le fruit d'une observation pratique et personnelle. Partout le lecteur y sent la conviction, l'ardeur même et aussi l'austérité d'un médecin qui connaît les diphtériques pour combattre chaque jour leur maladie. » La diphtérie est une de ces infections microbiennes qui étend incessamment son domaine, non seulement en multipliant les cas, mais en ajoutant à ses ravages organiques. Des discussions récentes donnent à ce travail une actualité considérable. La diphtérie commence-t-elle à la fausse membrane, celle-ci n'est-elle qu'un symptôme? La nature protéiforme, la pathologie de la diphtérie, son traitement, le croup, la trachéotomie trouvent dans cet ouvrage une forme claire, concise, éclairée par les découvertes bactériologiques les plus nouvelles. C'est une sorte de manuel de la diphtérie, mis au point scientifique du moment et plein d'aperçus des plus intéressants et des plus importants, sur le côté pratique de la question en particulier.

MANUEL PRATIQUE DE MICROBIOLOGIE

COMPRENANT

LES FERMENTATIONS, LA PHYSIOLOGIE, LA TECHNIQUE HISTOLOGIQUE, LA CULTURE DES BACTÉRIES ET L'ÉTUDE DES PRINCIPALES MALADIES D'ORIGINE BACTÉRIENNE.

Par le Dr H. DUBIEF

Ancien interne-lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine.

Un joli volume in-18, cartonné diamant, tranche rouge, de 600 pages avec 162 figures dans le texte et 8 planches hors texte. — Prix : **8** fr.

La connaissance de la microbiologie devient chaque jour plus indispensable, aussi bien à l'étudiant qu'au praticien ; il n'existait malheureusement pas jusqu'ici de manuel pratique résumant suffisamment l'état de la science. — Ce *Manuel de microbiologie* répond à tous les désiderata ; l'auteur en effet a pu condenser dans ce petit volume tout ce qui est acquis aujourd'hui à la science bactériologique, sans sacrifier pour cela la clarté et les détails nécessaires à l'intelligence du sujet.

L'étudiant muni de ce manuel sera en état de répondre à toutes les questions posées aux examens sur la bactériologie, et l'étiologie des maladies infectieuses ; il pourra même, dépassant ce but, acquérir des notions sur la technique, notions qu'il aura plus tard à mettre en œuvre dans sa pratique journalière.

Les praticiens (médecins, vétérinaires, ou pharmaciens) trouveront, dans ce manuel, la descriptions des maladies infectieuses envisagées au point de vue bactériologique. Tous les microbes pathogènes sont étudiés en détail, et avec chacun d'eux on trouve la description des méthodes à employer pour la recherche, la coloration et la culture du microbe spécifique. Une grande place a naturellement été accordée à l'hygiène dans l'étude des microbes de l'air, de l'eau et du sol qui sont les principaux véhicules des germes d'infection.

Si ce livre est appelé à rendre de grands services aux étudiants et aux praticiens il peut aussi servir à ceux qui veulent faire de la microbiologie une étude approfondie ; en effet l'étendue exceptionnelle qui a été donnée à la partie technique qui occupe un quart de l'ouvrage, en fait en quelque sorte le vade-mecum du laboratoire de bactériologie, qu'on aura à chaque instant à consulter pour se guider dans tous les petits détails des manipulations microbiologiques. Rien n'a été négligé pour l'exécution des figures et des planches en couleur, qui rendent la lecture du texte d'autant plus claire et attrayante.

Cet ouvrage fait partie de la Bibliothèque de l'Elève et du Praticien.

TRAITÉ PRATIQUE DE LA SYPHILIS

Par le Dr LANGLEBERT

Ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société clinique.

Un volume in-18 de 610 pages, cartonné diamant, tranche rouge. — Prix : **7** francs.

La connaissance parfaite des affections syphilitiques s'impose à tout médecin ; car la syphilis frappant l'organisme entier, d'abord sous forme de dermatoses, plus tard dans la profondeur des organes, embrasse toute la pathologie. Affections des os, des muscles, du tissu cellulaire, du cerveau, de la moelle, du foie, du cœur, etc., etc., reconnaissent souvent, en effet, une origine syphilitique. De quelle utilité n'est donc pas le diagnostic exact de la nature d'une lésion lorsque, pour la syphilis, le remède souverain est à côté du mal !

La syphilis se transmettant par hérédité, il est indispensable d'être pénétré des lois qui président à cette transmission, des signes de la syphilis héréditaire précoce ou tardive, des cas de médecine légale qui peuvent en découler, des conditions auxquelles un syphilitique peut être admis au mariage.

Enfin quelle direction donner au traitement ? Convient-il d'administrer le mercure à doses fortes ou faibles ? Quel est le rôle spécifique des iodures ? Faut-il leur adjoindre un traitement tonique par le fer, les sulfureux, l'hydrothérapie ? Autant de questions de la plus haute importance.

Ces questions, le Dr Langlebert les a condensées dans le livre que nous publions aujourd'hui, aussi écrit-il, en tête de sa préface : « *Présenter dans un ouvrage relativement court un traité complet et classique de la Syphilis, tel a été notre but.* » Inutile d'ajouter que cet ouvrage est au courant des dernières découvertes médicales et que le lecteur curieux des choses scientifiques y rencontrera les détails les plus complets d'anatomie pathologique et de bactériologie, en même temps que le médecin praticien y trouvera rapidement les données nécessaires pour éclairer son diagnostic et diriger son traitement.

Cet ouvrage fait partie de la Bibliothèque de l'Elève et du Praticien.

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

Par le Dr F. BERLIOZ

Professeur à l'École de médecine de Grenoble.

DEUXIÈME ÉDITION CORRIGÉE ET AUGMENTÉE

Un volume in-18 cartonné diamant de 500 pages. — Prix : **6** francs.

La dermatologie, comme toutes les branches des sciences médicales, marche de progrès en progrès ; aussi l'auteur s'est-il attaché dans cette seconde édition à mettre en relief les services rendus à la dermatologie, par l'anatomie pathologique, la bactériologie, la pathogénie, la clinique et la thérapeutique. La tuberculose et la scrofulose de la peau y sont notamment étudiées avec soin.

L'esprit qui domine dans ce livre destiné aux étudiants et aux praticiens est l'esprit de simplification, si profitable à toutes les études et particulièrement à celle de la dermatologie.

Cet ouvrage fait partie de la Bibliotheque de l'Elève et du Praticien.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS D'HISTOLOGIE

Par E. KLEIN

Professeur adjoint d'anatomie générale et de physiologie
à l'École médicale de Saint-Bartholomew's Hospital, Londres

TRADUITS SUR LA CINQUIÈME ÉDITION ANGLAISE, ET ANNOTÉS

Par G. VARIOT

Préparateur des travaux pratiques d'Histologie à la Faculté de médecine de Paris
Chef de clinique à l'hôpital des Enfant-Malades

ET PRÉCÉDÉS D'UNE PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR CH. ROBIN

Deuxième édition française

1 vol. in-18 jésus cartonné diamant de 540 pages avec 185 fig. dans le texte.. 8 fr.

La nouvelle édition française des *Eléments d'Histologie* de Klein, traduits et annotés par M. Variot, a été l'objet de tous nos soins.

L'Anatomie microscopique est une science dont les bases sont désormais immuables; mais comme dans toutes les sciences en voie d'évolution progressive rapide, telle question est plus ou moins actuelle, plus ou moins à l'ordre du jour, suivant les époques et suivant les pays. Il est bon que les étudiants français, auxquels s'adresse plus particulièrement cet ouvrage, connaissent les recherches qui ont illustré leurs maîtres.

C'est dans ce but que M. Variot a cru devoir accorder une large place dans son annotation nouvelle aux diverses publications de M. le professeur Mathias Duval sur le blastoderme, la topographie des noyaux d'origine des nerfs craniens, la spermatogenèse, etc.

Nous espérons que le public médical voudra bien accueillir cette seconde édition avec la même faveur que la première, et qu'il n'oubliera pas que le livre de Klein, annoté par M. Variot, a été vulgarisé en France sous les auspices de l'illustre Ch. Robin.

Cet ouvrage fait partie de la Bibliothèque de l'élève et du praticien

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

SUIVI D'UN FORMULAIRE COMPLET DE THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Par le Dr Edward ELLIS

Médecin en chef honoraire de l'hôpital Victoria pour les enfants malades,
de l'hôpital de la Samaritaine pour les femmes et les enfants,
Ancien assistant de la chaire d'obstétrique au collège de l'Université de Londres

Traduit sur la 5e édition anglaise, par le Dr WAQUET et précédé d'une préface de M. le Dr CADET DE GASSICOURT
Médecin de l'hopital Sainte-Eugénie

2e édition française, revue, corrigée et augmentée

Un volume in-12 de 600 pages. — Prix : broché : 5 fr. ; cartonné, 6 fr.

Le manuel du Dr Ellis dont nous offrons au public médical une édition nouvelle revue sur la cinquième édition anglaise est un ouvrage classique en Angleterre, où l'auteur, médecin des hôpitaux de Londres, jouissait d'une haute réputation de clinicien. L'Amérique du Nord a su apprécier la valeur pratique de ce livre et de nombreuses éditions se sont succédées à New-York et à Philadelphie.

Nous pensons que l'accueil si bienveillant fait à notre première édition française ne fera pas défaut à cette édition nouvelle. Ce manuel contient en effet une foule de détails que nos meilleurs auteurs français considèrent trop souvent comme secondaires et qui font pénétrer le praticien dans l'intimité de la vie des jeunes enfants, en l'initiant à tous les secrets de ce que nos voisins appellent la *Nursery*.

Quel jeune médecin n'a pas éprouvé à ses débuts la nécessité d'être conduit par une main amie et expérimentée dans ce dédale de faits et de notions de la vie réelle de l'enfant, dont les traités purement scientifiques ne donnent aucune idée? Mais ce manuel ne s'adresse pas seulement au praticien ; l'élève y trouvera des notions claires et précises sur les affections infantiles, en même temps qu'une thérapeutique et de nombreuses formules nouvelles. Enfin c'est avec la clinique de West, traduite autrefois par le regretté Dr Archambault, le seul livre où l'on puisse acquérir une notion exacte de la médecine infantile telle que la comprennent les meilleurs cliniciens de l'Angleterre, où la Pédiatrie est en grand honneur depuis longtemps.

LE CRACHAT

DANS SES RAPPORTS AVEC LE DIAGNOSTIC, LE PRONOSTIC ET LE TRAITEMENT

DES MALADIES DE LA GORGE ET DES POUMONS

Par le Dr G. HUNTER-MACKENZIE

Traduit de l'anglais et annoté par le Dr Léon Petit, avec une préface du Prof Grancher

Un volume in-8° avec 24 planches chromolithographiques. Prix : 5 fr.

Cet ouvrage s'adresse à tous les praticiens. L'examen des crachats a pris une telle importance dans le diagnostic des maladies des voies respiratoires, qu'il était devenu indispensable d'en résumer les règles et le manuel opératoire. Le livre traduit par le Dr Léon Petit est précédé d'une préface par le Professeur Grancher qui résume parfaitement l'ouvrage de l'auteur anglais. Les deux premiers chapitres traitent de l'examen des crachats dans diverses maladies qui ne sont pas la phtisie; ils ouvrent et préparent les voies des deux chapitres suivants consacrés exclusivement à la recherche du bacille tuberculeux. Puis les maladies du nez, de la bouche, du pharynx et du larynx, syphilis, cancer, tuberculose, etc., qui fournissent la matière de chapitres d'autant plus intéressants que l'auteur se tient constamment dans une attitude prudente et n'entraîne pas le lecteur dans l'illusion d'un diagnostic de certitude par le seul examen microscopique. La partie technique pour la recherche du bacille tuberculeux y est remarquablement exposée sous une forme concise, mais complète. Un grand nombre de figures chromolithographiques ornent cet ouvrage qui a sa place toute marquée dans la bibliothèque de l'étudiant et dans celle du praticien.

DE LA SUGGESTION ET DU SOMNAMBULISME

DANS LEURS RAPPORTS

AVEC LA JURISPRUDENCE ET LA MÉDECINE LÉGALE

Par JULES LIÉGEOIS

Professeur à la Faculté de droit de Nancy.

Un beau volume in-12 de 760 pages. — Prix : **7** fr. **50**

La *Suggestion*, popularisée par les travaux de l'École de Nancy, a pris, depuis quatre ans, une grande place dans les préoccupations, non seulement du monde savant, mais encore du grand public.

Les phénomènes singuliers qu'elle présente, confondus pendant près d'un siècle avec les obscurités du magnétisme animal, sont définitivement entrés dans le domaine scientifique.

En même temps que la Suggestion donne lieu aux applications les plus nouvelles à la thérapeutique, elle soulève de graves problèmes au point de vue juridique. M. le Dr Bernheim a étudié, on sait avec quel éclat et quel succès, le côté purement scientifique et médical de ces questions. M. le professeur Liégeois vient, à son tour, de consacrer un livre considérable aux rapports de la *Suggestion et du somnambulisme avec la jurisprudence et la médecine légale.*

M. Liégeois était naturellement désigné pour aborder cette étude avec autant d'autorité que de compétence; c'est lui, en effet, qui, en 1884, a, le premier, entretenu de la *Suggestion hypnotique, l'Académie des sciences morales et politiques.* Le *Mémoire* qu'il a publié à cette époque a eu un grand retentissement : la plupart des grands journaux de Paris et de l'étranger ont proclamé la gravité des questions soulevées.

Les propositions formulées par M. Liégeois ont été vivement contestées, mais des expériences nombreuses faites par un grand nombre de savants n'ont fait, depuis, que les confirmer.

Dans l'ouvrage que nous annonçons aujourd'hui, l'auteur s'est plus particulièrement attaché aux questions de médecine légale auxquelles ne manqueront pas de donner lieu la suggestion et le somnambulisme. Il a exposé, dans une étude substantielle, les règles qui devront, en cette matière délicate, guider les médecins légistes. Nous croyons que son livre a sa place marquée dans la bibliothèque de tous les membres du corps médical désireux de se tenir au courant des progrès de la science, et soucieux de remplir convenablement les missions que peut leur confier l'autorité judiciaire, pour la recherche des crimes ou des délits.

LES MALADIES DE L'ESPRIT

DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS — DÉLIRE DES GRANDEURS — PARALYSIE GÉNÉRALE
ÉPILEPSIE — DÉGÉNÉRESCENCE — DÉLIRES ALCOOLIQUES ET TOXIQUES — MORPHINOMANIE
ÉTHÉROMANIE — ABSINTHISME — CHLORALISME, ETC.

ÉTUDES CLINIQUES ET MÉDICO-LÉGALES

Par le Dr G. PICHON

Chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, médecin adjoint de l'hospice Sainte-Anne.

Un volume in-8° de 400 pages. — Prix : **7** francs.

Ce traité de *médecine mentale* que nous publions n'a de commun que le titre avec l'ouvrage du célèbre aliéniste anglais Maudsley. La *Pathologie de l'Esprit* de cet auteur est faite dans un but exclusivement philosophique et physiologique.

Le docteur Pichon dans son livre s'est surtout placé à un point de vue clinique, en un mot au point de vue du malade, sans négliger, cela va sans dire, le côté philosophique. En effet, l'homme du monde, désireux de s'instruire des choses de la médecine mentale et de la physiologie morbide, le magistrat, l'avocat peuvent, il est vrai, y puiser des renseignements de la plus haute importance au point de vue de la responsabilité morale et au point de vue de la responsabilité médico-légale, dans des formes mentales peu décrites jusqu'à présent, dans des formes d'intoxication, dans des passions toxiques inconnues même jusqu'à ces dernières années. Mais le médecin, mais le praticien, mais l'étudiant en médecine qui veut se spécialiser, consulteront surtout cet ouvrage avec fruit.

L'auteur n'a pas voulu donner à son travail la forme aride d'un traité. Il s'est placé à un point de vue spécial et n'a tenu compte que des psychoses, que des délires toxiques pouvant évoluer en même temps chez les mêmes individus. La clinique ne peut que gagner à cette marche, posée sur l'étude des coexistences. En pareil cas, les *milieux*, les *terrains* étant identiques, l'argument tiré de la dissemblance des tempéraments n'existe plus, et les conclusions sont beaucoup plus légitimes. Il est vrai que, en raison même de ce plan, plusieurs formes de délires ont dû être négligées, mais néanmoins on y trouve la description de toutes les formes mentales actuellement *classées*. L'étude des folies toxiques, comme l'alcoolisme et l'absinthisme et de ces passions artificielles bizarres qu'on appelle le morphinisme, l'éthéromanie, etc., et qui commencent à nous envahir, a aussi fait l'objet d'une attention toute particulière. L'auteur se réserve du reste d'en faire plus tard une étude spéciale.

L'HYPNOTISME ET LES RELIGIONS OU LA FIN DU MERVEILLEUX

Par SKEPTO

Première partie : *Hypnotisme et théologie.* — Deuxième partie : *Çà et là dans la Bible.*

DEUXIÈME ÉDITION

Un volume in-18 de 300 pages. — Prix : **2** fr. **50.**

LA RAISON DANS LA FOLIE

ÉTUDE PRATIQUE ET MÉDICO-LÉGALE SUR LA PERSISTANCE PARTIELLE DE LA RAISON CHEZ LES ALIÉNÉS ET SUR LEURS ACTES RAISONNABLES

Par le Dr Victor PARANT

Directeur de la maison de santé de Toulouse,
Membre correspondant de la Société médico-psychologique, etc.

Un volume in-8 de 420 pages. — Prix : 7 francs.

Le titre de cet ouvrage peut paraître paradoxal. *Raison* et *folie* sont deux termes qui semblent s'exclure l'un l'autre. Mais il n'en est rien, et l'épigraphe, empruntée à d'Aguesseau : « *Un fou peut faire des actes de sagesse* » indique l'esprit du livre. L'auteur y a mis en relief, d'une manière saisissante, cette vérité trop méconnue, qu'il faut juger la folie d'un individu, non par ce qui lui reste de raison, mais par ce qui lui en manque. Il a montré que les aliénés peuvent manifester de l'intelligence dans leurs occupations, dans leurs écrits, dans leurs discours, dans leur physionomie ; ils sont capables d'apprécier les choses de la vie, ils ont souvent conscience d'eux-mêmes et de leur état; ils peuvent discerner le bien du mal; ils sont capables de préméditation et de dissimulation ; ils peuvent se conduire comme le feraient des personnes entièrement raisonnables; ils sont souvent très logiques dans leurs idées et dans leurs actions. Par la manière dont il a traité son sujet, sur lequel aucun travail d'ensemble n'avait encore été produit, M. le Dr Parant en a fait une œuvre vraiment originale et nouvelle. Le livre s'adresse non seulement aux médecins, mais encore aux magistrats qu'il éclairera sur la manière de juger les aliénés et d'apprécier les questions si délicates de lucidité et de responsabilité. La lecture en serait même profitable à toute autre personne. Des exemples, des faits soigneusement choisis, se mêlent au texte et lui enlèvent toute aridité en même temps qu'ils servent de preuve significative et qu'ils viennent à l'appui des développements. En somme nous pouvons citer cet ouvrage parmi ceux qui méritent une attention toute spéciale.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES TÆNIAS DE L'HOMME

Par L.-J.-B. BÉRENGER-FÉRAUD

Directeur du service de santé de la marine et de l'École de médecine navale de Toulon
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

Un volume in-8 de 370 pages avec 50 figures dans le texte. — Prix : 8 fr.

La fréquence du tænia s'accroît dans de telles proportions en Europe depuis une trentaine d'années que l'étude de ce parasite est un sujet d'intéressante actualité clinique et thérapeutique.

M. Bérenger-Féraud qui dans la fonction de médecin de la marine a pu d'abord observer le tænia dans un grand nombre de pays de l'ancien et du nouveau continent, puis qui, se trouvant placé successivement à la tête du service médical de nos ports militaires, a été dans les meilleures conditions pour recueillir de nombreuses observations, vient de publier, sous les titres de leçons cliniques sur les tænias de l'homme, un volume intéressant à divers points de vue.

L'histoire, la synonymie, la classification, le cycle biologique, l'habitat géographique des tænias sont clairement étudiés au début de ce livre; les symptômes morbides que provoque la présence du parasite, le diagnostic et le pronostic sont présentés ensuite avec la plus grande clarté et une méthode rigoureuse.

Mais ce qui caractérise surtout ces leçons, c'est la compétence pratique avec laquelle le traitement a été examiné par l'auteur, tous les tænifuges ont été passées en revue, leur action réelle a été déduite d'un chiffre considérable d'observations, le *modus faciendi* de l'expulsion a été détaillé de la manière la plus précise, en un mot l'auteur a montré comment il faut agir quand on veut réussir à débarrasser un malade de son hôte incommode.

Ce livre, qui a été accueilli très favorablement dans la science, fera époque dans la question des tænias de l'homme et figurera désormais dans la bibliothèque de tous les médecins praticiens.

BULLETIN DE LA PHTISIE PULMONAIRE

Revue trimestrielle des recherches expérimentales cliniques et thérapeutiques de la tuberculose

TROISIÈME ANNÉE

PAR

LE Dr A. FILLEAU
Chevalier de la Légion d'honneur,
Membre de la Société médico-pratique, etc.

LE Dr LÉON PETIT
Secrétaire annuel de la Société de médecine pratique,
Membre de la Société d'hygiène, etc.

Numéro 3, novembre 1887. — In-8 de 80 pages. — Prix : 3 fr.
Numéro 4, mars 1888. — In-8 de 60 pages. — Prix : 2 fr.

Cette publication trimestrielle a pour but de résumer tous les travaux nouveaux et importants, relatifs à la phtisie pulmonaire et à son traitement. Elle forme chaque année un volume de 350 pages. La question de la tuberculose est à l'ordre du jour. Le succès toujours croissant de cette Revue prouve qu'elle répondait à un véritable besoin. L'impartialité avec laquelle elle est rédigée, le grand nombre de documents qu'elle renferme en font une collection précieuse qui se recommande à tous ceux qui s'intéressent à l'étude de la phtisie et aux progrès accomplis dans son traitement.

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

ÉTUDES ÉLECTROPHYSIOLOGIQUES ET CLINIQUES

Par le Dr Boudet de Pâris

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Ier ET 2e FASCICULES

Un vol. in-8 de 400 pages et 97 figures. — Prix : **9** francs.

L'OUVRAGE SERA COMPLET EN TROIS FASCICULES. — LE TROISIÈME EST SOUS PRESSE

Dans cet ouvrage, l'auteur a fait table rase de toutes les données empiriques qui, jusqu'à ces dernières années, avaient été les seuls guides de l'électrothérapie. Le but qu'il s'est proposé a été de concilier les phénomènes électrophysiologiques et, par suite, les applications thérapeutiques de l'électricité avec les notions précises et les plus récentes découvertes de la physique. Laissant de côté tout ce qui était du domaine de l'hypothèse, il a eu recours à la « Méthode expérimentale » pour étudier les effets de l'agent électrique et s'est efforcé de montrer que l'électrothérapie constitue un mode de traitement basé sur des méthodes vraiment scientifiques et exigeant l'observation d'un *dosage* déterminé par l'expérimentation.

Dans les deux fascicules déjà parus, le Dr Boudet de Pâris a insisté sur l'action des courants fournis par la pile voltaïque ; il a ensuite exposé l'ensemble des notions physiques et des formules indispensables au médecin qui veut employer l'électricité avec quelque chance de succès.

La troisième partie, qui paraîtra prochainement, contient un résumé électrophysiologique très complet, et, comme corollaire, les indications relatives au traitement des principales maladies des systèmes nerveux et musculaire.

MANUEL DE PHYSIQUE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE

Par G. PATEIN

Pharmacien en chef de l'hôpital de Lariboisière.

Un fort volume in-18 jésus de 800 pages, avec 334 figures dans le texte.
Prix, broché : **7** francs ; cartonné : **8** fr.

Le manuel de M. le Dr Patein est conçu sur un plan absolument nouveau ; il s'adresse soit aux praticiens, soit à des jeunes gens munis généralement du baccalauréat ès sciences, ce qui a permis à l'auteur de ne pas s'appesantir sur les questions du ressort de l'enseignement secondaire ; toutefois ces premières notions sont suffisamment énoncées pour les faire connaître à l'élève qui les ignorerait, et lui permettre d'aborder facilement les chapitres consacrés aux sciences médicales et pharmaceutiques ; pour les premières, les points de physiologie du domaine de la physique sont soigneusement résumées ; pour les secondes, l'auteur montre les ressorts qui existent entre la physique et la chimie. Le plan adopté est le programme de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, dans lequel sont intercalées les différentes questions dont la connaissance est nécessaire au médecin, la partie mathématique est réduite à l'indispensable.

Les praticiens également tiendront à posséder cet ouvrage où ils trouveront la description succincte de certaines opérations courantes : emplois du saccharimètre, des alcoolomètres, des instruments employés en ophtalmologie, etc., etc.

LES DROGUES CHIMIQUES

Par L. MONANGE

Préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Paris.

Un volume in-12 de 260 pages. Prix ..... **3** fr.

ÉTUDE PRATIQUE DE LA PEPSINE

PAR E. CHASSAING

Pharmacien de première classe, lauréat de la Société de Pharmacie de Paris,
Officier d'Académie.

Un volume in-12 de 170 pages, cartonné : **3** fr.

La publication de cet ouvrage que l'auteur a intitulé *Étude pratique de la Pepsine*, alors qu'il aurait pu lui donner un titre plus vaste, répond à un véritable besoin. Les livres classiques et les encyclopédies traitent peu de la Pepsine, qui occupe cependant aujourd'hui une place importante dans l'arsenal thérapeutique. Les recherches de M. Chassaing sur la Pepsine l'ont conduit à des résultats remarquables au point de vue pratique.

MM. les médecins et pharmaciens trouveront dans ce travail que nous leurs recommandons des aperçus du plus grand intérêt.

LES MALADIES INFECTIEUSES

MICROBES, PTOMAÏNES ET LEUCOMAÏNES

PAR CH. DEBIERRE

Professeur à la Faculté de médecine de Lille.

Un volume in-8 de 270 pages. — Prix : **3** fr. **50**

Les immortels travaux de Pasteur, de Chauveau, de Kock et de tant d'autres sur les *microbes;* ceux de Selmi, de Brieger, de A. Gautier, de Ch. Bouchard sur les *alcaloïdes animaux*, ont révolutionné la pathologie.

Avec la connaissance des microbes pathogènes, des ptomaïnes et des leucomaïnes, les grands termes « infection » et « contagion », qui dominent la pathologie générale, ont pris une signification nouvelle, et l'étiologie a cessé d'être aussi nébuleuse et aussi banale.

Le petit livre que M. Debierre a écrit sur les maladies infectieuses résume en un style aussi remarquable par la clarté et la précision que par la profondeur des vues, ces grandes et captivantes questions de l'origine des maladies virulentes. Tout médecin sérieux, tout homme instruit ne peut aujourd'hui méconnaître ces grandes et graves questions d'étiologie générale.

En lisant « les Maladies infectieuses », il se rendra compte tout à la fois, et des immenses progrès accomplis de ce côté de la science par les travailleurs contemporains et de l'imperfection de nos connaissances actuelles à ce sujet; car certes, tout n'est pas dit encore sur la cause et les remèdes des maladies qui s'appellent la fièvre typhoïde, la diphthérie, le choléra, la rage et *tutti quanti!*

DE L'ACCLIMATATION DES EUROPÉENS DANS LES PAYS CHAUDS

Par G. TREILLE

Médecin principal de la marine, directeur de la rédaction des archives de médecine navale
Membre du Conseil supérieur de santé de la marine.

Un volume in-8 de 140 pages. — Prix : **2** francs.

LES CRIMINELS. — CARACTÈRES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

Par le Dr A. CORRE

Un volume in-12 de 412 pages, avec 43 figures dans le texte. — Prix : **5** francs.

L'anthropologie criminelle est née d'hier.

Malgré qu'elle remonte aux travaux de Gaal et de ses disciples, on peut dire qu'elle n'a trouvé une base véritablement scientifique, que depuis l'œuvre de l'Ecole italienne, si brillamment représentée par Lombroso. La France n'est pas restée indifférente devant cette œuvre. Sous l'impulsion du professeur Lacassagne, les études d'anthropologie criminelle ont pris chez nous un grand développement. Résumer l'ensemble des recherches déjà faites, en apprécier la valeur et la portée, les compléter par l'apport de matériaux propres, tel est le but que s'est proposé le Dr Corre. Son livre a été écrit avec la plus entière indépendance, car l'auteur est de ceux qui pensent que la science nouvelle a les plus étroites relations avec les problèmes sociologiques, et qu'il est temps d'entrer, sans plus d'hésitations et de réticences, dans la voie des réformes radicales, sous peine de mentir aux idées modernes et de rétrograder vers la pire des désorganisations. Dans ce volume, l'homme criminel est étudié sous le rapport physique et physiologique : dans un autre volume, il sera mis en face des influences qui éveillent ses impulsions et le portent à obéir à ses tendances particulières. De pareils travaux n'intéressent pas seulement les médecins et les magistrats; ils ne doivent pas être ignorés des hommes politiques : on l'a bien compris en Italie; espérons qu'il en sera de même en France.

ÉTUDES DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

LE FÉTICHISME DANS L'AMOUR. LA VIE PSYCHIQUE DES MICRO-ORGANISMES. L'INTENSITÉ DES IMAGES MENTALES. LE PROBLÈME HYPNOTIQUE. NOTE SUR L'ÉCRITURE HYSTÉRIQUE

Par ALFRED BINET

Un volume in-12 de 310 pages, avec figures dans le texte. — Prix : **3** fr. **50**

Cet ouvrage contient :

1° Une étude de psychologie pathologique, *le Fétichisme dans l'amour*. L'auteur a passé en revue les cas singuliers d'aberration sexuelle publiés récemment par Charcot, Magnan, Ball, etc; il a ajouté aux observations connues des observations nouvelles; et de plus, il a montré que le fétichisme de l'amour, c'est-à-dire l'adoration d'objets inertes tels qu'un bonnet de nuit ou un clou de bottine, se trouve en germe dans les faits de la vie normale.

2° Une étude de psychologie comparée, *la Vie psychique des micro-organismes*. L'auteur y étudie la vie de relation chez les organismes animaux et végétaux composés d'une cellule unique; il fait connaître les derniers travaux publiés sur ces questions en France et à l'étranger, principalement en Allemagne. L'étude est accompagnée de figures inédites que M. Balbiani, l'éminent professeur du Collège de France, a bien voulu dessiner pour l'auteur, et où se trouvent retracés les derniers faits découverts relativement à la fécondation et aux fonctions du noyau dans la cellule. Cette étude se termine par un résumé de la discussion de l'auteur avec M. Richet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine, relativement à l'interprétation des phénomènes de relation observés chez les proto-organismes.

3° Une étude de psychologie expérimentale, *l'Intensité des images mentales*. Sous ce titre sont réunies une suite d'expériences d'hypnotisme. L'auteur, qui se rattache à l'Ecole de la Salpêtrière, rend compte des expériences nouvelles qu'il a faites dans le laboratoire clinique de M. Charcot, sur l'intensité des images mentales dans leurs rapports avec la suggestion et les excitations périphériques.

4° Une étude sur le problème hypnotique, travail dans lequel l'auteur fixe avec soin les termes du débat entre l'Ecole de la Salpêtrière et l'Ecole de Nancy.

L'HYGIÈNE DE L'ESTOMAC

GUIDE PRATIQUE DE L'ALIMENTATION

Par le Dr E. MONIN

Un joli volume in-18 de 400 pages, cartonné avec fers spéciaux. Prix : 4 fr.

Ce volume est conçu dans un sens véritablement pratique : il s'adresse, pour cette raison, non seulement aux gens du monde, pour lesquels il a été écrit, mais encore à tous les médecins, qui connaissent l'extrême importance de l'hygiène diététique dans leurs ordonnances médicales de chaque jour...

Le charmant volume du Dr Monin, luxueusement édité, est le digne pendant de bibliothèque de son aîné, *l'Hygiène de la beauté* : écrit d'une manière très littéraire, il est d'une lecture étrangement facile et attrayante (Préface humoristique de Théodore de Banville).

L'ALCOOLISME

ÉTUDE MÉDICO-SOCIALE

Par le Dr E. MONIN

Ouvrage couronné par la Société française de tempérance.

PRÉCÉDÉ D'UNE PRÉFACE PAR LE Dr DUJARDIN-BEAUMETZ (DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE).

Un volume in-12 de 308 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Ce volume, qui vient d'obtenir la plus haute récompense de la Société française de tempérance, est un volume d'actualité, unique dans la littérature médicale, en ce sens qu'il renferme l'exposé lucide et méthodique d'une question sur laquelle il n'existe guère de travail d'ensemble...

Après avoir esquissé l'historique, l'auteur nous décrit, de main de maître, l'ivrognerie et l'ivresse, et nous développe un très original tableau synoptique de la pathologie de l'alcool. Nous signalons particulièrement à l'attention des médecins : les chapitres concernant l'action de l'alcool sur la descendance, l'alcoolisme urbain brutal, la description du mal chez la femme et l'enfant ; la responsabilité des alcooliques, l'absinthisme, la dipsomanie, etc... Le chapitre final (sur les remèdes préventifs et curatifs) complète la valeur hors pair du travail du Dr Monin, par les aperçus philosophiques élevés qu'il renferme, et par ses nouvelles formules thérapeutiques.

HYGIÈNE DU VÉLOCIPÉDISTE

PAR LE Dr P. TISSIÉ

Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Un joli volume in-18 de 300 pages et 40 fig., cart. avec fers spéciaux. Prix : 3 fr. 50.

En écrivant ce livre l'auteur a poursuivi deux buts : il a fait œuvre de propagation scientifique en s'adressant aux vélocipédistes en général ; il a appelé l'attention du médecin sur un nouveau sport qui prend tous les jours une extension plus grande. L'utilité de cet ouvrage est incontestable pour tous ceux qui pratiquent l'art de la *pédale*, on peut affirmer en outre qu'il arrive à son heure, au moment où l'armée étudie la question de la vélocipédie militaire. L'auteur a voulu être compris de tous ses lecteurs, aussi a-t-il divisé chaque chapitre en quatre paragraphes. Dans les deux premiers, destinés surtout aux gens du monde, il donne des notions d'anatomie et de physiologie du système qu'il étudie et cela d'une façon aussi ingénieuse que précise ; dans le troisième, qui s'adresse aux médecins, il étudie l'influence du vélocipède sur ce même système ; dans le quatrième il résume le chapitre en quelques lignes.

Une table de matières très complète et d'une lecture très facile permet de courir rapidement au texte illustré par l'auteur de plusieurs dessins explicatifs.

M. le professeur Morache présente cet ouvrage au public dans une préface très élogieuse pour le Dr Tissié à qui le congrès de l'Union vélocipédique de France vient de décerner dernièrement la plus haute récompense de l'année 1888.

L'INSTINCT SEXUEL CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX

PAR L. TILLIER

PRÉCÉDÉ D'UNE PRÉFACE PAR M. J.-L. DE LANESSAN

Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, député de la Seine.

Un volume in-12 de 300 pages. Prix : 3 fr. 50.

LA GÉNÉRATION

ÉTUDIÉE SUR LES VÉGÉTAUX, LES OISEAUX ET LES ANIMAUX POUR LA CONNAITRE CHEZ LA FEMME

Par le Dr RÉZARD DE WOUVES

Chevalier de la Légion d'honneur.

Un volume in-12 de 150 pages. — Prix : 3 fr.

LES COURANTS DE LA POLARITÉ dans l'aimant et dans le corps humain, base scientifique de l'emploi de l'électricité dans les maladies rhumatismales, nerveuses, mentales, etc., par le Dr CHAZARAIN, ancien médecin des hôpitaux civils de Saint-Louis et Sainte-Marie de Bathurst (Sénégambie), lauréat de l'Académie de médecine, et CH. DÉCLE, membre de l'Association pour l'avancement des sciences. 1 vol. gr. in-8 de 100 pages avec 118 figures dans le texte et une planche hors texte. Prix : 5 fr.

L'URTICAIRE PIGMENTÉE par le Dr P. RAYMOND, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8 de 125 pages, avec deux planches en couleur hors texte. Prix : 5 fr.

DE LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE curage dans l'endométrite du corps de l'utérus, avec 110 observations inédites, par le Dr E. BOUREAU, assistant à la clinique gynécologique du Dr DOLÉRIS. 1 vol. gr. in-8 de 160 pages. Prix : 4 fr.

DES TROUBLES MOTEURS POST-ÉPILEPTIQUES par le Dr CH. MASSON, ancien interne des hôpitaux de Lille et de l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord). 1 vol. in-8 de 150 pages. Prix : 3 fr. 50.

ÉTUDE ANATOMIQUE sur la circulation veineuse de l'encéphale, par le docteur E. HÉDON, prosecteur de la Faculté de médecine de Bordeaux. Une brochure in-8 de 100 pages, avec 6 planches en couleur hors texte. Prix : 3 fr.

L'HYGIÈNE PUBLIQUE A CHAMBÉRY notions élémentaires à l'usage des conseils et commissions d'hygiène, par le Dr BEDOIN, membre de la Société de thérapeutique, etc., etc. 1 vol. in-8 de 265 pages. Prix : 3 fr.

CONTRIBUTION A LA GÉOGRAPHIE MÉDICALE : LE TONKIN par le docteur H. REY, médecin en chef de la marine en retraite, ex-chef du service de santé du corps expéditionnaire du Tonkin, officier de la Légion d'honneur, etc. 1 vol. in-8 de 180 pages. Prix : 3 fr.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'HYPERTHERMIE et les causes de la mort dans celle-ci, par le Dr H. VINCENT, ancien interne des hôpitaux, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, etc. 1 vol. gr. in-8 de 100 pages. Prix : 3 fr.

RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LE PASSAGE DES BACTÉRIES **DANS L'URINE** par le docteur A. BERLIOZ, chef des travaux à la clinique médicale de la Pitié, pharmacien de première classe, etc. 1 vol. gr. in-8 de 150 pages. Prix : 3 fr.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA DURÉE DES **ACTES PSYCHIQUES LES PLUS SIMPLES** et sur la vitesse des courants nerveux à l'état normal et à l'état pathologique, par le Dr A. RÉMOND (de Metz), ancien préparateur de chimie, ancien prosecteur à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-8 de 140 pages. Prix : 3 fr.

LE SINUS URO-GÉNITAL (son développement, ses anomalies), par le Dr ISSAURAT, membre de la Société d'anthropologie. Une brochure in-8 de 100 pages. Prix : 2 fr. 50.

ÉTUDE DESCRIPTIVE DES EAUX DE NÉRIS-LES-BAINS et exposé critique de leurs indications et contre-indications, par le Dr G. MORICE, médecin consultant à Néris, etc., etc. 1 vol. in-8 de 150 pages avec tableaux, planches, vue et cartes géographiques hors texte. Prix : 2 fr. 50.

ÉTUDE SUR LE MIMÉTISME par le Dr A. SICARD. 1 vol. gr. in-8 de 80 pages. Prix : 2 fr. 50.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DU CATHARRE CHRONIQUE DES **FOSSES NASALES** par le docteur L. LAGOARRET. 1 vol. gr. in-8 de 150 pages avec 2 pl. hors texte. Prix : 2 fr. 50.

LA MÉMOIRE AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE psychologique et anatomique. Travaux sur la substance du cerveau, par le Dr Henri Verneuil. 1 vol. in-8 de 100 pages. Prix : 2 fr. 50.

LES GRANDES FIÈVRES A TRAVERS LES DÉCOUVERTES Pathologie interne et pathologie générale, par le Dr Henri Verneuil. 1 vol. in-8 de 105 pages. Prix : 2 fr. 50.

ÉTUDE SUR LA SITUATION HYGIÉNIQUE DES OUVRIERS EN RUSSIE par madame A. Tkatcheff, docteur en médecine. 1 vol. gr. in-8 de 100 pages. Prix : 2 fr. 50.

L'HYSTÉRIE PULMONAIRE par le Dr Léon Petit. 1 vol. in-8 de 105 pages. Prix : 2 fr.

LES STROPHANTUS DU COMMERCE Étude de matière médicale, par R. Blondel, licencié ès sciences naturelles, etc. 1 vol. in-8 de 60 pages avec 53 figures dans le texte. Prix : 2 fr.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE CHEZ L'HOMME par le Dr F. Arnaud, médaille de bronze de l'Assistance publique, etc. 1 vol. gr. in-8 de 80 pages. Prix : 2 fr.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE par le Dr G. Guelpa. Contribution au traitement de la diphtérie. Premières applications de la méthode au traitement de la diphtérie faites à l'hôpital Trousseau. Considérations et propositions au sujet d'un cas de diphtérie. 1 vol. in-8 de 80 pages. Prix : 2 fr.

DE L'ALBUMINURIE CONSÉCUTIVE AUX INHALATIONS CHLOROFORMIQUES par G. Patein, docteur en médecine de la Faculté de Paris, licencié ès sciences physiques, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière. Une brochure in-8 de 60 pages. Prix : 2 fr.

DU RHUMATISME ET DES DERMATOSES RHUMATISMALES par le Dr Eug. Olavide, professeur titulaire à l'hôpital de Saint-Jean de Dieu, à Madrid; traduction du Dr Ch. Lavielle, médecin de l'établissement thermal des Baignots (Dax), introduction du Dr E. Lancereaux, médecin de l'hôpital de la Pitié. Une brochure in-12 de 100 pages. Prix : 1 fr. 50.

MÉDECINE ET MÉDECINS MILITAIRES DE L'ARMÉE FRANÇAISE EN 1888 (Armée active, réserve, armée territoriale), par le Dr A. Chassagne, 1 vol. gr. in-8 de 65 pages. Prix : 1 fr. 50.

CONSIDÉRATIONS STATISTIQUES ET MÉDICALES sur les militaires traités à l'hôpital de Sens de 1875 à 1886, par le Dr Mouchet, ancien interne des hôpitaux, etc. 1 vol. gr. in-8 de 50 pages. Prix : 1 fr. 50.

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE par Antonio Espinas y Capo, Medico del hospital general de Madrid. Une brochure in-8 de 40 pages. Prix : 1 fr. 50

DE L'INFLUENCE du traitement térébenthiné **SUR LA RICHESSE DU SANG** en oxyhémoglobine et sur l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine, par le Dr E. Brémond fils. 1 vol. in-8 de 11 pages. Prix : 1 fr.

LES NÉVROSES ET LE PESSIMISME Conférence faite au palais des Facultés de Clermont-Ferrand, le 4 mars 1886, par le Dr A. Deschamps. 1 vol. in-12 de 40 pages. Prix : 1 fr.

VARICES VISCÉRALES par le Dr A. Tripier. 1 vol. in-8 de 16 pages. Prix : 1 fr.

Sciences Physiques, Chimiques et Naturelles

FLORE MYCOLOGIQUE DE LA FRANCE

ET DES PAYS LIMITROPHES

Par LUCIEN QUÉLET

Président honoraire de la Société mycologique de France, lauréat de l'Institut.

Un volume in-12 de XVIII-500 pages. — Prix : **8** francs.

Ce livre, de plus de 500 pages, est le résultat de vingt-cinq années de recherches et d'explorations incessantes dans les diverses provinces de la France et des pays les plus voisins. Il décrit, pour la première fois, toutes les espèces de champignons basidospores découverts jusqu'à ce jour : c'est le développement de l'ouvrage *les Champignons du Jura et des Vosges*, 1872-1875, qui constitua la première *Flore mycologique française*. A l'importante indication des *stations* naturelles et des *régions*, à la mention si précieuse des *propriétés* de chaque espèce, l'auteur ajoute la *synonymie* des principaux auteurs anciens ou modernes avec l'*iconographie* des meilleures figures publiées en France et à l'étranger.

Débarrassée d'une foule innombrable d'espèces légères ou fictives, la *nomenclature* n'énumère plus que les espèces bien fixées, partant plus déterminables. En même temps, la nouvelle *classification*, dont les principes sont clairement exposés dans l'introduction et dont la base est la *théorie évolutionniste*, offre un usage d'autant plus facile, plus pratique, qu'elle est devenue plus simple, plus naturelle.

ICONOGRAPHIE DE LA FLORE FRANÇAISE

Par H. BAILLON

Professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris.

Cette publication paraît par séries de 10 planches chromolithographiées (10 couleurs), d'après les aquarelles faites d'après nature sous les yeux de l'auteur.

Le texte explicatif, très complet, est imprimé au verso même des planches.

Chaque planche porte un numéro qui n'indique que l'ordre de publication.

Un index méthodique et des clefs dichotomiques établissant les séries naturelles suivant lesquelles les espèces doivent être disposées, seront publiés ultérieurement.

Le nom des plantes qui appartiennent à la Flore parisienne est accompagné d'un signe particulier (*). Les principales localités des environs de Paris sont indiquées à la fin du paragraphe relatif à l'habitat.

Prix de chaque série de 10 planches avec couverture : 1 fr. 25

L'OUVRAGE SERA PUBLIÉ EN 40 OU 50 SÉRIES

Les vingt-six premières séries sont en vente (1er novembre 1888).

Il paraît en moyenne une série par mois.

Les 200 premières planches de l'*Iconographie* viennent d'être réunies en deux volumes, cartonnage toile, lettres dorées. M. BAILLON, pour ces premières centuries a fait un résumé des plantes qu'elles contiennent ainsi qu'un titre et une courte introduction à l'ouvrage. — On peut se procurer à la librairie le texte en question, ainsi que le cartonnage des deux centuries moyennant 1 franc par chaque cartonnage. — Pour chaque centurie suivante un texte analogue sera établi par l'auteur et sera vendu avec un cartonnage semblable, au même prix de un franc.

FLORE FORESTIÈRE DE LA COCHINCHINE

Par L. PIERRE

Directeur du Jardin botanique de Saïgon.

Ouvrage publié sous les auspices du Ministère de la Marine et des Colonies.

9e, 10e 11e et 12e fascicules.

LES FASCICULES 9 ET 10 SONT DUS AUX SOUSCRIPTEURS.

On paye 125 francs en recevant les 11e et 12e fascicules et les fascicules 13 à 15 sont payés d'avance.

L'OUVRAGE SERA COMPLET EN 25 FASCICULES.

ATLAS D'ANATOMIE COMPARÉE DES INVERTÉBRÉS

PAR A. VAYSSIÈRE

Lauréat de l'Institut, maître de conférences d'anatomie à la Faculté des sciences de Marseille.

Avec une préface de M. F. MARION

Professeur à la Faculté des sciences,
Directeur de la Station zoologique et du Musée d'histoire naturelle de Marseille.

2e ET 3e FASCICULES (dus aux souscripteurs)

Petits in-4 en carton, contenant chacun 15 planches noires ou coloriées avec le texte correspondant.

L'atlas sera complet en 4 fascicules

Le fascicule 4 sera publié en février 1889

PRIX DE L'OUVRAGE COMPLET SE PAYANT D'AVANCE

36 francs

Jusqu'aujourd'hui on ne trouvait quelques figures anatomiques d'invertébrés que dans les grands traités généraux, tels que le *Règne animal de Cuvier*, les *Suites à Buffon*... Aussi le besoin d'un atlas d'un prix modéré, représentant l'organisation de plus d'une centaine de ces êtres, se faisait-il sentir depuis longtemps.

M. Vayssière, en utilisant de nombreuses figures dessinées par lui d'après des préparations originales, et aussi en faisant un choix parmi les meilleurs dessins anatomiques d'invertébrés publiés jusqu'à ce jour, a su réunir dans un nombre relativement restreint de planches, un ensemble de figures pouvant servir de guide pour tous les genres de dissection que les étudiants sont appelés à faire en préparant leur licence ès sciences naturelles.

Cet atlas pourra être aussi de quelque utilité pour les professeurs eux-mêmes qui trouveront réunies dans un seul volume maintes figures éparses dans divers recueils.

Le soin avec lequel tous ces dessins ont été faits et contrôlés par M. Vayssière lui-même, est un sûr garant de leur exactitude.

L'exécution sur pierre de toutes ces figures est suivie avec beaucoup d'attention par l'auteur. Aussi sommes-vous persuadés que cet *Atlas d'anatomie comparée* prendra place non seulement dans tous les laboratoires de zoologie et d'anatomie, mais encore dans toutes les bibliothèques scientifiques.

ICONOGRAPHIE ÉLÉMENTAIRE DU RÈGNE ANIMAL

COMPRENANT

LA FIGURE ET LA DESCRIPTION DES TYPES FONDAMENTAUX
REPRÉSENTANT CHACUNE DES GRANDES CLASSES ZOOLOGIQUES ET DE CEUX DE

TOUTES LES RACES DOMESTIQUES

Par le Dr A.-T. DE ROCHEBRUNE

Aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris.

7e ET 8e SÉRIES

Cette publication paraît par séries de 10 planches en **chromotypographie** (10 couleurs) d'après les aquarelles d'après nature par A. Millot. Le texte explicatif, très complet est imprimé au verso des planches; il sera fait en outre, par l'auteur, un texte résumé pour chaque grand groupe zoologique. La publication commence par les vertébrés, et sera continuée régulièrement dans l'ordre zoologique jusqu'aux infiniment petits.

Prix de chaque série de 10 planches avec couverture : 1 fr. 25

L'ouvrage sera entièrement publié en 60 séries.

DICTIONNAIRE DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES

ANATOMIE, CRANIOLOGIE
ARCHÉOLOGIE PRÉHISTORIQUE, ETNOGRAPHIE (MŒURS, LOIS, ARTS, INDUSTRIE)
DÉMOGRAPHIE, LANGUES, RELIGIONS

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. BERTILLON, COUDEREAU, A. HOVELACQUE, ISSAURAT
ANDRÉ LEFÈVRE, CH. LETOURNEAU, G. DE MORTILLET, THULIÉ & E. VÉRON

21 ET 22e LIVRAISONS

In-4 de 48 pages, avec de nombreuses figures dans le texte. — Prix..... 1 fr. 25

L'ouvrage sera complet en 24 livraisons et sera terminé dans les premiers mois de 1889.

Technologie commerciale

LES PRODUITS NATURELS COMMERÇABLES

Par E. DUBOIS

Professeur à l'École professionnelle de Reims.

PRODUITS ANIMAUX

UN VOLUME IN-12 DE 360 PAGES. — PRIX : 4 FRANCS

L'enseignement technique répondant à un but pratique bien déterminé doit avoir des cours revêtus d'un cachet spécial. De même que l'étudiant en pharmacie et en médecine poursuit plus particulièrement en histoire naturelle l'étude des matières médicales, de même l'élève de l'école de commerce doit s'attacher surtout aux produits marchands que nous livre la nature. C'est pour répondre à cette idée que l'auteur a écrit son livre. Prenant successivement chaque substance animale il en étudie l'origine, les caractères, les transformations, les falsifications, les diverses variétés commerciales et enfin les modes d'achat et de vente. Enfin, ce qui caractérise l'ouvrage, c'est le développement donné à la partie statistique et économique qui embrasse la période 1869-1886, et comprend outre le mouvement commercial avec l'étranger et les colonies, les variations des prix des matières premières et les régimes douaniers de France et des pays d'Europe.

Travaux de l'Institut zoologique de Lille et du Laboratoire de zoologie maritime de Wimereux (Pas-de-Calais)

TOME V

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES BOPYRIENS

PAR

ALFRED GIARD
Professeur à l'École normale supérieure
Directeur du Laboratoire de zoologie maritime de Wimereux.

JULES BONNIER
Préparateur au Laboratoire de zoologie maritime de Wimereux.

1 vol. gr. in-4 de 275 pages avec 10 planches en couleur hors texte : 30 fr.

ÉTUDE MONOGRAPHIQUE D'UNE ESPÈCE D'ACIDIE COMPOSÉE

(FRAGAROIDES AURANTIACUM, N. SP.)

PAR CH. MAURICE
Docteur ès sciences, licencié en droit, etc.

1 vol. gr. in-8 de 320 pages avec 7 doubles planches hors texte. — Prix : 15 fr.

LES RACES HUMAINES PRÉHISTORIQUES

Par PHILIPPE SALMON

Grand in-8 de 50 pages. — Prix : 2 fr. 50

GUIDE PRATIQUE DU REBOISEMENT

A L'USAGE DES PARTICULIERS

Par TH. ROUSSEAU
Inspecteur du reboisement

In-18 de 190 pages. — Prix : 0 fr. 75

Imprimeries réunies, B, rue Mignon, 2.

Nous ne reproduirons pas les mensurations relatives à l'étendue superficielle du tégument externe, qui varie dans de si grandes proportions avec l'âge, le sexe et les individus. On pourra, sur ce sujet, consulter les traités d'anatomie [1].

Plis et saillies. — Pour ce qui est de l'aspect extérieur, l'examen à l'œil nu est capable de fournir des renseignements précieux. On sait que la surface libre de la peau est sillonnée de plis et de rides, dus à des causes diverses, déjà classées par Bichat.

De ces plis, en effet, les uns sont dus à l'action musculaire, que ce soient des muscles striés comme les muscles peauciers de la face, ou des fibres lisses comme celles du scrotum.

Les autres sillons existent au voisinage des articulations, du côté de la flexion ou de l'extension, et sont en rapport avec les mouvements articulaires ; ils sont surtout marqués autour des petites jointures, celles de la main par exemple.

La résorption de la graisse du pannicule adipeux, qui accompagne l'âge sénile, produit de nouveaux plis, de nouvelles rides à la surface de la peau, devenue trop étendue pour les parties sous-jacentes.

Enfin d'autres sillons encore, moins apparents, plus superficiels, limitent les saillies papillaires et sont facilement visibles dans les régions où les terminaisons nerveuses sont le plus multipliées. Or la paume de la main est le point du corps le plus favorable à cette étude.

A côté des plis existent des saillies. Les unes sont les papilles ; les autres entourent la base des poils et sont surtout appréciables sous l'influence du froid, pendant le frisson, où elles constituent alors ce qu'on appelle la chair de poule.

Orifices glandulaires. — Les orifices glandulaires, dont la surface cutanée est criblée, ne sont généralement pas visibles à l'œil nu. Il faut en excepter toutefois les orifices des glandes sudoripares de la paume de la main, desquels on voit parfois sourdre une fine gouttelette de sueur, et l'embouchure des glandes sébacées des ailes du nez.

Poils. — Les poils recouvrent presque toute la surface du corps; mais, sur bien des points, ils sont tellement rudimentaires, qu'on serait tenté au premier abord de nier leur existence. Les régions où ils sont

1. Voy. Sappey, t. III, p. 517.

le plus abondants sont les organes génitaux, les aisselles, la face chez l'homme, et surtout le cuir chevelu, qui est le siège de prédilection du système pileux. Au contraire, la paume de la main et la plante des pieds sont totalement dépourvues de poils. L'insertion des follicules pileux est ordinairement oblique à la surface de la peau ; quand cette insertion est perpendiculaire, on a ce qu'on appelle un épi, et les cheveux se dressent, au lieu de s'appliquer sur les téguments.

Le follicule, dans l'épaisseur de la peau, est rectiligne chez le blanc. Il est, au contraire, incurvé en demi-cercle chez le nègre [1], ce qui donne aux cheveux leur aspect crépu. Cette incurvation du follicule se retrouve de même dans la laine du mouton et pour les poils frisés de certains animaux [2].

Coloration. — Quant à la couleur des poils, elle est liée d'une manière générale à la coloration de la peau.

Or cette coloration varie suivant les âges, les races, les individus, et suivant les régions du corps.

La peau est plus foncée chez l'adulte que chez l'enfant, chez l'homme que chez la femme ; et, d'ailleurs, les variétés individuelles sont tellement nombreuses que nous ne pouvons que signaler leur existence depuis le blond le plus clair jusqu'au brun le plus foncé.

Certaines régions aussi, et principalement les organes génitaux, ont le privilège d'une pigmentation plus abondante.

Les modifications de couleur, que comportent les différentes races, sont tellement importantes qu'elles ont servi de base à la plupart des classifications. C'est ainsi qu'on a distingué, tout d'abord, la race noire de la race blanche, et qu'ensuite on a établi d'autres subdivisions, la race jaune, la race rouge, toujours d'après la coloration de la peau.

Epaisseur de la peau, ongles. — L'épaisseur du tégument externe présente des différences considérables selon les régions. Très mince sur les paupières, sur le pénis, dans le conduit auditif externe, il atteint sa plus grande épaisseur au dos, au cou, à la plante des pieds, à la paume des mains chez les ouvriers, dans toutes les régions enfin qui ont besoin d'être protégées contre les pressions et les violences extérieures. C'est dans le même but de protection que la peau dans cer-

1. Voy. Stewart, in *Monthly microscop. Journal*, 1873.
2. Voy. Nathusius, *Recherches sur la laine du mouton*. Berlin, 1866.

tains points donne naissance à des dérivés épidermiques, tels que les ongles, situés aux extrémités des dernières phalanges des doigts et des orteils.

Adhérence de la peau, pannicule adipeux. — L'adhérence de la peau nous offre des variétés aussi nombreuses que son épaisseur. Cette adhérence est d'ailleurs liée à l'existence d'une couche graisseuse sous-cutanée ou pannicule adipeux. Des brides fibreuses, émanées de la face profonde du derme, limitent des aréoles dans lesquelles sont logés des pelotons graisseux ; et cette trame, plus ou moins résistante, sert d'union entre la peau et les tissus sous-cutanés.

Le pannicule adipeux a aussi un autre usage, celui d'arrondir les formes, de régulariser la surface du corps, en masquant les saillies et les dépressions des parties profondes.

Ajoutons que cette couche graisseuse fait complètement défaut sur les paupières, où elle est remplacée par un tissu cellulaire lâche, sur le pénis et sur l'aréole du sein.

Section III. — Histologie de la peau.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés, à propos du développement, abrégeront d'autant la description histologique de la peau.

Considérée chez l'adulte, la peau comprend deux couches bien distinctes, le *derme* ou chorion, renfermant les vaisseaux et les nerfs, et l'*épiderme* avec les productions épidermiques, telles que les glandes, les poils et les ongles.

STRUCTURE DU DERME.

Le derme présente une épaisseur variable ; sa plus grande minceur est aux paupières et à la verge ; il est surtout épais au dos, à la plante des pieds et à la paume des mains. Habituellement, on le divise en deux zones, l'une profonde ou derme proprement dit, et l'autre superficielle ou *corps papillaire*.

La trame dermique est essentiellement formée de tissu conjonctif dense. Par la face profonde, elle se continue insensiblement avec le tissu sous-cutané ; les faisceaux deviennent plus lâches, se chargent

de pelotons graisseux et limitent des aréoles qui se laissent facilement distendre par les liquides ou par les gaz.

Au contraire, à mesure qu'on s'approche de l'épiderme, le feutrage devient plus serré, plus résistant ; la matière amorphe est de plus en

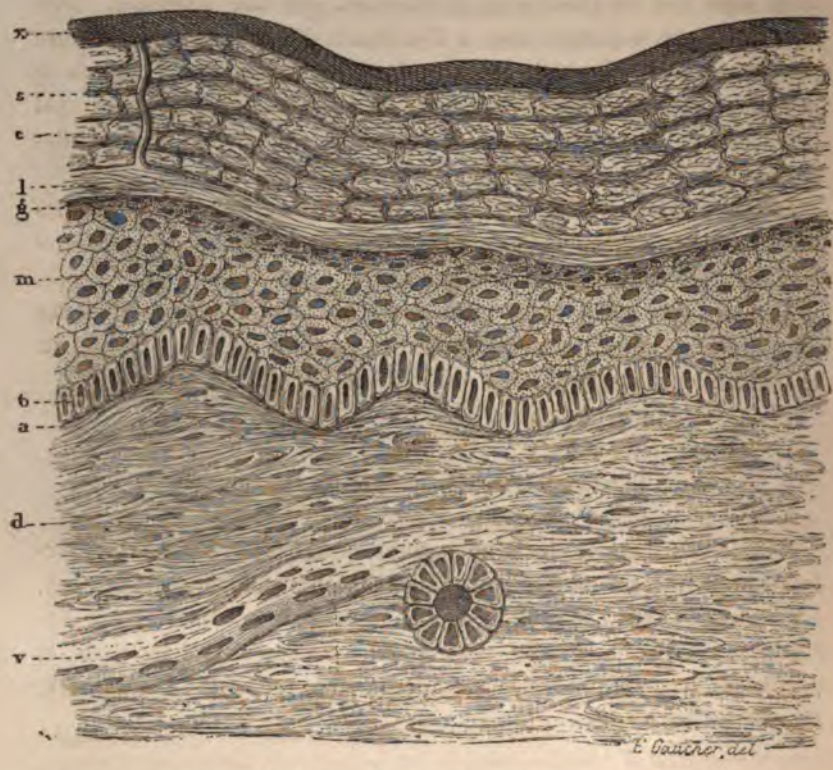

Fig. 2. — Coupe d'ensemble de la peau du petit doigt d'un supplicié de 20 ans, préparée à l'acide osmique (préparation personnelle).

x, surface de l'épiderme noircie par l'acide osmique. — *s*, conduit sudoripare. — *c*, couche cornée (stratum corneum). — *l*, stratum lucidum. — *g*, stratum granulosum. — *m*, couche de Malpighi. — *b*, couche basilaire. — *a*, basement-membrane recouvrant les papilles. — *d*, derme. — *v*, un vaisseau du derme.

plus abondante, et c'est elle qui constitue presque exclusivement le corps papillaire.

Aux fibres lamineuses du derme sont mêlées des fibres élastiques anastomosées, de la variété dartoïque, qui deviennent plus minces au voisinage des papilles, et des faisceaux de fibres lisses. Dans certaines régions, ceux-ci, au lieu d'être disséminés au milieu du tissu con-

jonctif, sont réunis au-dessous du derme en une couche spéciale. C'est ainsi que se trouve formé le dartos du scrotum; c'est encore de cette façon qu'il faut envisager le muscle sous-aréolaire qui entoure le mamelon.

Papilles. — Les papilles représentent la partie la plus intéressante du derme. Elles sont dites simples ou composées, suivant qu'elles forment une ou plusieurs saillies. Constituées principalement par de la matière amorphe, elles renferment cependant aussi des fibres lamineuses, des corps fibro-plastiques, des fibres élastiques très fines en petit nombre, et, parfois, quelques leucocytes perdus dans la masse.

A la surface de la couche papillaire, immédiatement au-dessous de l'épiderme, la matière amorphe forme une couche continue, décrite

Fig. 3. — Corps papillaire de la peau. — Vaisseaux et nerfs du derme, d'après Sappey [1].

1. papille bifide contenant deux anses vasculaires. — 2, papille bifide contenant une anse vasculaire et un corpuscule du tact. — 3, papille trifide contenant trois anses vasculaires. — 4 et 5, papilles composées. — 6, réseau sanguin sous-papillaire. — 7, 7, 7, 7, anses vasculaires. — 8, 8, 8, nerfs du plexus sous-papillaire. — 9, 10, 11, corpuscules du tact de différentes dimensions.

par Biesadecki [2], et dont nous avons déjà parlé, à propos du développement, sous le nom de *basement-membrane* que lui ont donné certains auteurs. Cette couche serait très clairement distincte sur les préparations au chlorure d'or, et, sur les pièces traitées par le carmin, elle prend l'apparence d'un liseré mince et transparent, plus pâle que les parties situées au-dessus et au-dessous.

Les papilles de la peau sont de deux sortes, les unes vasculaires,

1. V. Sappey, *An. descript.*, 2e éd., t. III, p. 537.
2. Voy. Stricker, *Manuel d'histologie*, édition américaine par Buck. Londres, 1875, p. 545.

les autres nerveuses. Dans les premières, on voit, au centre de la masse amorphe, deux ou trois anses vasculaires, quelquefois davantage, continues par leurs deux extrémités avec le réseau capillaire superficiel du derme. La distribution des vaisseaux dans le corps papillaire est très importante à connaître; car, en somme, *c'est l'appareil vasculaire des papilles qui est l'origine de toutes les hyperémies et inflammations cutanées;* c'est dans le corps papillaire que ces hyperémies deviennent le plus intenses, qu'elles persistent le plus longtemps et qu'elles entraînent les conséquences les plus graves. Or, ainsi que l'a remarqué Rindfleisch, les anses papillaires, souvent multiples, naissent d'un vaisseau afférent et aboutissent à un vaisseau efférent. « Tous ces vaisseaux sont fortement ondulés ; et on est surtout frappé de la manière dont les branches de chacune des anses capillaires simples se roulent en spirale les unes autour des autres, jusqu'au moment où elles se réunissent au sommet de la papille. Les endroits où ces vaisseaux se rencontrent ou s'infléchissent sont toujours dilatés ; tout indique donc que, dans les papilles de la peau, la pression du sang contre les parois vasculaires doit être augmentée, et que la circulation doit s'y ralentir. Les appareils vasculaires des grosses papilles, qui présentent plus d'un arc anastomotique, peuvent être envisagés comme de petits *réseaux admirables*. Ils forment par rapport aux réseaux vasculaires de la peau des appendices analogues aux bras d'une rivière, dans lesquels, la chute restant constante, la résistance devient plus forte [1]. »

Les *papilles nerveuses* ne contiennent généralement pas de vaisseaux. A la paume de la main, il y a environ une papille nerveuse pour quatre vasculaires; ces papilles renferment ordinairement des corpuscules de Meissner, que nous décrirons plus loin, avec les autres terminaisons nerveuses de la peau. Les corpuscules se trouvent surtout dans les papilles composées, où ils existent au nombre de un ou deux.

Vaisseaux du derme. — Les vaisseaux sanguins dans le derme forment deux réseaux, l'un superficiel à mailles larges, d'où partent les anses papillaires, dont nous avons déjà parlé, l'autre profond à mailles plus serrées [2]. D'après les recherches de Belajeff, à chaque réseau sanguin se trouve annexé un réseau lymphatique sous-jacent, de sorte

1. Voy. Rindfleisch, *Histol. pathol.*, traduit par Gross, p. 291.
2. Voy. Biesadecki in Stricker, *loc. cit.* — Pouchet et Tourneux, *Manuel d'histologie.*

que, toujours, par leur ensemble, les capillaires sanguins constituent le réseau tégumentaire le plus superficiel [1]. Nous ne parlons, bien entendu, que des vaisseaux clos; quant aux lacunes lymphatiques, admises par Schweigger-Seidel, par His, par Recklinghausen, et, en France, par Rouget, Ranvier et J. Renaut, nous ne les mentionnons que pour mémoire, car leur étude se rattache à la grande question, si controversée, de l'origine des lymphatiques en général.

Cependant nous devons ajouter que des travaux récents, dus à G. et F.-E. Hoggan, tendent à faire considérer comme incomplètes les observations de Belajeff. Sur de très belles préparations, communiquées par ces histologistes au congrès des sciences médicales de Genève de 1877, on pouvait voir de fins radicules lymphatiques qui pénétraient jusqu'à la périphérie des papilles et se trouvaient par conséquent plus superficiels que le réseau sanguin.

Mais ces détails ne peuvent être mis en évidence que par des procédés spéciaux. Les injections ordinaires, au bleu de Prusse, permettent seulement de reconnaître deux réseaux dans le derme. Je me suis livré sur ce point à des recherches qui complètent les résultats obtenus par Belajeff. A l'aide d'une seringue de Pravaz à canule fine, j'ai injecté du bleu soluble dans la peau du gland. Quand l'injection réussit et pénètre dans les troncs lymphatiques, on voit sur les coupes horizontales, parallèles à la surface de la peau, *deux réseaux*, l'un *profond* ou *dermique*, l'autre *superficiel* ou *papillaire*. Sur des coupes perpendiculaires, on voit partir du réseau superficiel des troncules terminés en culs-de-sac, qui s'élèvent dans les papilles, rappelant un peu la disposition du lymphatique central de la villosité. Teichmann et Neumann [2] ont décrit de plus, outre les terminaisons en culs-de-sac, des terminaisons en anses que je n'ai pas observées. De son côté, dans les papilles de la face palmaire des doigts, O. Cadiat a trouvé des lymphatiques terminés en anses et en culs-de-sac, et présentant, sur leur trajet, des dilatations ampullaires de distance en distance [3].

Nerfs du derme. — Les nerfs profonds envoient dans la peau des rameaux qui, au voisinage de la couche papillaire, s'anastomosent en plexus à mailles serrées, formées principalement de fibres sans myé-

1. Voy. Belajeff, in *Journal de Robin*, *Mémoire sur les lymphatiques du gland*, 1866.
2. V. *Histologie* de Frey.
3. O. Cadiat, *Traité d'anatomie générale*, t. II.

line. Ces fibres se distribuent à la face superficielle du derme et aux papilles, mais elles n'ont aucune connexion avec les corpuscules du tact ; les fibres à myéline pénètrent seules dans ces corpuscules [1]. Langerhans a décrit de plus des fibres ténues, émanées du réseau dermique, qui s'enfonceraient dans l'épaisseur de l'épiderme, pour s'y terminer par des cellules étoilées ; mais, d'après G. Pouchet, les prétendus corpuscules de Langerhans ne sont que des corps fibroplastiques.

Terminaisons nerveuses dans la peau. — Sans doute, toutes les terminaisons des nerfs de la peau ne sont pas encore connues ; nous

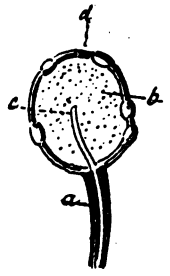

Fig. 4. — Corpuscule de Krause, d'après Ch. Legros (in *An. chirurgicale* de A. Richet).
a, tube nerveux. — *b*, bulbe central du corpuscule. — *c*, terminaison du cylindre-axe. — *d*, enveloppe du corpuscule.

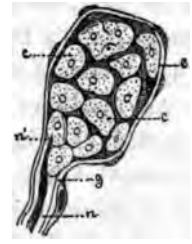

Fig. 5. — Corpuscule de Krause, d'après Frey (*Traité d'histologie*).
n, nerf. — *g*, gaine du nerf. — *n'*, terminaison visible du nerf. — *e*, enveloppe du corpuscule — *c*, cellules du corpuscule.

nous bornerons à décrire celles qui sont admises sans contestation par tous les histologistes et qui sont au nombre de trois : les corpuscules de Krause, les corpuscules de Pacini et les corpuscules de Meissner.

Corpuscules de Krause. — Ils existent surtout dans les muqueuses et principalement sur la langue, le voile du palais et la conjonctive. Dans la peau, on ne les trouve guère que sur le bord des lèvres, sur le gland et sur le clitoris.

Ils sont sphériques ou ovoïdes et d'un volume de 30 à 50 μ en moyenne. Ils sont formés par une masse centrale granuleuse ou *bulbe central*, qu'on retrouve dans les corpuscules de Pacini et de Meissner (Pouchet et Tourneux, *loc. cit.*) et qui est entourée d'une enveloppe mince et transparente, renfermant des noyaux ovoïdes de distance en distance. Le tube nerveux, détaché perpendiculairement du réseau profond, pénètre dans le bulbe central et s'y divise en deux ou trois

1. Voy. Pouchet et Tourneux, *Manuel d'histologie*, p. 179.

filets, terminés eux-mêmes par un renflement en forme de bouton. La gaine périnévrique épaissie semble se continuer avec l'enveloppe du corpuscule.

Mais d'autres auteurs, Merkel, Frey, Asper, Ranvier, envisagent d'une façon différente la constitution des corpuscules de Krause. Chaque corpuscule serait formé par un groupe de plusieurs cellules globuleuses, à gros noyau, avec un ou deux nucléoles. Les cellules sont aplaties sur leurs faces adjacentes. Le groupe entier est entouré d'une capsule lamelleuse doublée d'une couche endothéliale continue. Un tube nerveux, réduit au cylindre-axe, pénètre dans le corpuscule et reste simple ou s'y ramifie : chaque division se termine par un *disque tactile nummulaire*, à bord arrondi, enclavé entre les cellules.

Corpuscules de Pacini. — Ils sont surtout nombreux sur le trajet

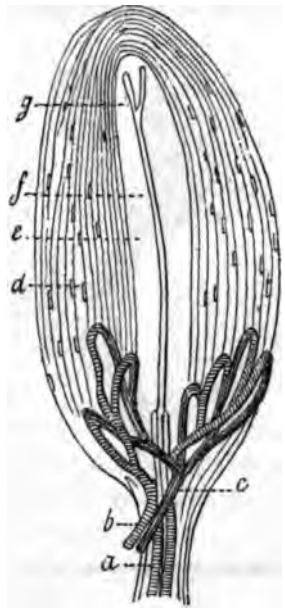

Fig. 6. — Corpuscule de Pacini, d'après Ch. Legros (in *An. chirurg.* de A. Richet).
a, nerf. — *b*, artère. — *c*, veine. — *d*, enveloppe du corpuscule. — *e*, bulbe central. *f*, cylinder-axis. — *g*, son extrémité bifurquée.

des nerfs cutanés de la main et du pied : on les trouve encore en assez grand nombre à l'avant-bras, à la jambe, etc. Ils sont très volumineux, de 1 à 3 ou 4 millimètres et plus, ovoïdes et portés à l'extrémité d'un tube à myéline. Leur enveloppe, très épaisse, est formée de la-

melles fibroïdes superposées, entre lesquelles pénètrent de fins capillaires, et se continue directement avec le périnèvre, dont elle présente la structure et les réactions. Comme le périnèvre, ces lamelles sont tapissées à leur face interne par un revêtement épithélial, qu'on peut mettre en évidence au moyen du nitrate d'argent et dont les noyaux sont visibles à l'état frais ou par l'action de l'hématoxyline (voy. Pouchet et Tourneux, *loc. cit.*). Le bulbe central, contenu dans cette enveloppe, est finement granuleux, comme celui des corpuscules de Krause, et, comme lui, se colore dans une solution de chlorure d'or à 1/100. Le cylinder-axis, dépouillé de sa myéline, pénètre, par l'une des extrémités, dans le bulbe central, qu'il traverse jusqu'au voisinage de l'extrémité opposée, se bifurque ou se trifurque, et chaque division se termine par un petit renflement.

Corpuscules de Meissner. — Ils sont contenus dans les papilles ner-

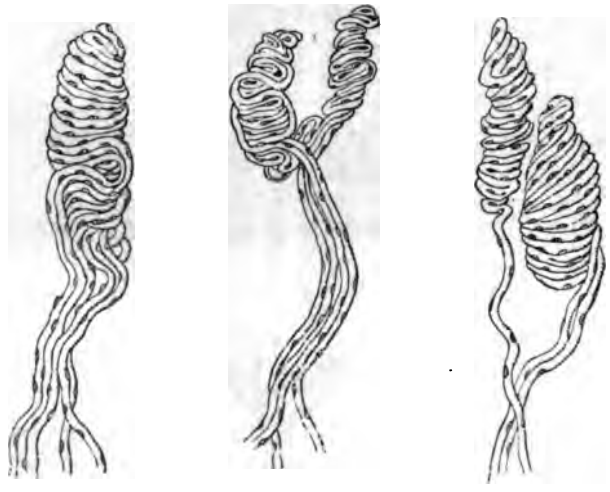

Fig. 7. — Corpuscule de Meissner ou corpuscules du tact, d'après Sappey (*loc. cit.*).

veuses, surtout nombreuses à la paume de la main et à la plante du pied. Ils sont allongés, larges de 30 à 50 μ et longs de 110 à 180 μ (Pouchet et Tourneux). Leur enveloppe est dense, striée, et présente des noyaux ovoïdes disposés transversalement; le bulbe central est semblable à celui des corpuscules de Krause. Un ou plusieurs tubes nerveux s'enroulent d'abord autour du corpuscule; le cylinder-axis se divise en plusieurs ramifications qui pénètrent dans le bulbe central,

se contournent en spirale et se terminent chacune par un renflement sphérique granuleux [1] (Grandry de Liège).

STRUCTURE DE L'ÉPIDERME.

Le derme, membrane conjonctive et nourricière, est revêtu dans toute son étendue par l'épiderme, qui est, au contraire, de nature exclusivement épithéliale et qui se moule par sa face profonde sur les sail-

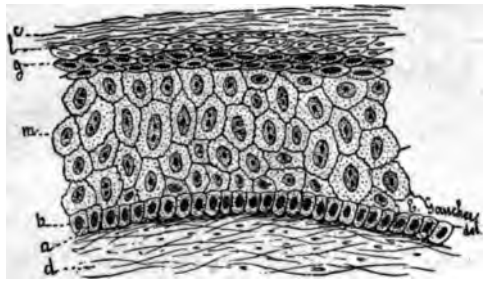

Fig. 8. — Structure de l'épiderme, ses cinq couches. Peau de l'aile du nez d'un supplicié de 20 ans (préparation personnelle).

c, couche cornée. — *l*, stratum lucidum. — *g*, stratum granulosum. — *m*, couche de Malpighi, cellules crénelées. — *b*, couche basilaire. — *a*, basement-membrane. — *d*, derme.

lies du corps papillaire, de manière à donner à la peau un aspect à peu près lisse et uni.

L'épiderme, plus ou moins épais, suivant les régions et suivant les frottements auxquels ces régions sont exposées, est aussi formé de deux couches : le *corps muqueux* ou *couche de Malpighi*, et la *couche cornée*, facile à séparer de la précédente, sous l'influence de certains agents, d'un vésicatoire par exemple, et même plus simplement par le fait d'une macération longtemps prolongée.

On peut distinguer dans la couche muqueuse de Malpighi quatre étages :

1° A la partie profonde, une rangée de cellules cylindriques ou prismatiques, avec un gros noyau et présentant environ de 0,007 à 0,01 de longueur sur 0,005 à 0,006 de largeur (Cadiat). Ce sont ces cellules qui renferment les granulations pigmentaires, plus ou moins abondantes suivant les sujets et suivant les races humaines, et qui donnent à la

1. Voy. Ch. Legros, *Notes d'histologie du traité d'anatomie chirurgicale* de A. Richet, 2e édition.

peau sa coloration. Cette couche profonde, formée d'un seul plan de cellules, a reçu de certains auteurs le nom de *couche basilaire ;* Ch. Rémy l'appelle *couche génératrice*, en raison du rôle important qu'elle joue dans le développement de la peau, ainsi qu'on l'a vu plus haut. Elle repose sur la *basement-membrane* qui sépare l'épiderme du corps papillaire.

2° Au-dessus de la couche basilaire, on trouve des cellules ovalaires,

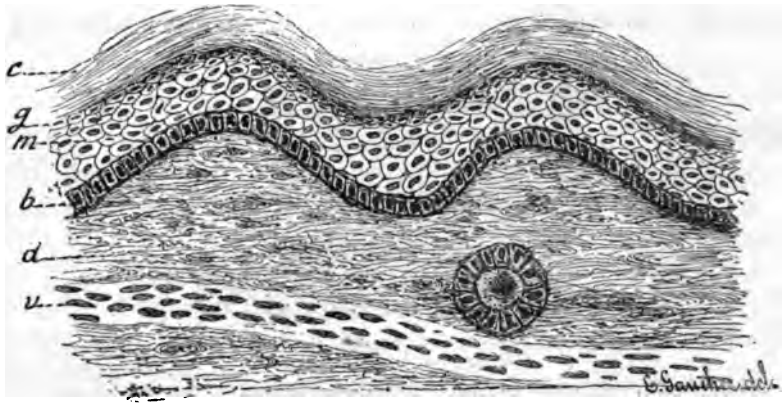

Fig. 9. — Peau de la cuisse d'une négresse. On voit que le pigment est exclusivement localisé dans la couche basilaire (préparation personnelle).

c, couche cornée. — *g*, couche granuleuse. — *m*, couche de Malpighi. — *b*, couche basilaire contenant le pigment. — *d*, derme. — *v*, vaisseau.

sphériques, ou polyédriques par pression réciproque, dont le noyau est moins volumineux que celui des précédentes, et qui sont disposées sur plusieurs rangées. *Ces cellules présentent souvent un aspect crénelé*, visible surtout sur les coupes de peau examinées à l'état frais, et leurs dentelures s'engrènent exactement les unes dans les autres; elles constituent le corps muqueux proprement dit.

Voilà ce qui était admis par la plupart des auteurs jusqu'à ces derniers temps. Mais des recherches récentes, pratiquées au laboratoire du Collège de France, ont porté Ranvier à considérer les prétendues dentelures de la couche de Malpighi comme le résultat d'une segmentation cellulaire incomplète. Il y aurait, alors, non pas engrènement, mais continuité directe des cellules, qui seraient unies par des prolongements protoplasmiques allant de l'une à l'autre [1].

1. Voy. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1879.

3° Entre la couche des cellules crénelées et l'épiderme corné se trouvent deux autres couches, dont l'importance a été mise en évidence d'abord par Oehl et Schrön, puis par Ranvier. La première, située au-dessus du corps muqueux proprement dit, a reçu le nom de *stratum granulosum ;* les cellules qui la constituent sont chargées de grains d'*éléidine* ou substance kératoplastique (Ranvier), qui joue un grand rôle dans la transformation cornée de l'épiderme.

4° Au-dessus du stratum granulosum et au-dessous du stratum corneum se trouve la zone hyaline ou *stratum lucidum*, surtout visible sur les préparations de peau traitées par l'acide osmique. Les éléments de cette couche, déjà en partie cornés, sont infiltrés d'éléidine; mais cette substance n'est plus disposée en grains distincts, comme dans la couche précédente, et c'est pour cette raison que les cellules de la zone hyaline prennent une coloration rosée particulière, sous l'influence du picro-carminate d'ammoniaque.

Cette nouvelle distinction, bien que repoussée par Kölliker[1], est justifiée par l'aspect différent des cellules, que les dénominations de « granulosum » et de « lucidum » expliquent suffisamment.

La *couche cornée* (stratum corneum) recouvre le tout comme une véritable enveloppe protectrice. Les cellules qui la constituent sont aplaties; à la partie profonde, elles conservent quelquefois encore leur noyau, mais la plupart ont pris la forme de lamelles stratifiées soumises à une desquammation incessante.

STRUCTURE DES ANNEXES DE LA PEAU.

A la peau sont annexés les glandes sudoripares, les glandes sébacées, les poils et les ongles. On a vu plus haut, par l'étude du développement, que ces différents organes étaient des dépendances de l'épiderme [2]. Les poils et les ongles ont reçu le nom de *phanères :* de Blainville appelait ainsi les organes de défense ou de protection, saillants à la surface des membranes tégumentaires dermo-papillaires; et Ch. Robin a donné le nom de *système phanérophore ou phanérogène* aux organes premiers (bulbe ou matrice) destinés à les produire.

Glandes sudoripares. — Les glandes sudoripares sont des glandes

1. Voy. Kölliker, *Histologie*, trad. M. Sée, 2e édition, p. 149.
2. Pour plus de détails, voyez Sappey, *Traité d'anatomie*, t. III.

en tubes. Une partie du tube sert de canal excréteur et va s'ouvrir à la surface de la peau; l'autre partie se contourne et s'enroule sur elle-même, de manière à constituer le *glomérule*.

Ces glandes sont au nombre de 120 environ par centimètre carré (Sappey); elles sont d'autant plus nombreuses que l'épiderme est plus épais. Leur volume varie de 0 millim. 1 d'épaisseur à 2 millimètres, pour les glandes axillaires.

On peut en reconnaître deux groupes, suivant que le glomérule est situé dans les aréoles du derme ou dans le pannicule sous-cutané.

Les glomérules sont généralement de forme à peu près arrondie; ils sont réunis par groupes de quatre à cinq et entourés par un riche réseau vasculaire qui les enveloppe comme le ferait un filet à mailles assez serrées. L'extrémité du tube, dans le glomérule, se termine en cul-de-sac.

Le conduit excréteur présente, dans son trajet, deux portions distinctes : une portion dermique et une épidermique. Le conduit dermique est rectiligne et perpendiculaire à la surface de la peau; il s'ouvre entre les papilles. Le conduit épidermique [1], qui lui fait suite, est d'abord rectiligne aussi, dans le corps muqueux, mais, dans toute l'épaisseur de la couche cornée, il est contourné en spirale.

Contrairement à ce qu'on croyait autrefois, il y a de notables différences de structure entre la portion sécrétante du tube glandulaire, qui constitue le glomérule, et son canal excréteur.

Leur calibre n'est d'abord pas le même, et le conduit subit une dilatation remarquable en entrant dans le glomérule. La constitution des parois est aussi bien différente, comme on va le voir.

Le canal épidermique n'a pas de paroi propre, c'est une simple lacune tubulaire spiroïde. Le canal excréteur dermique, rectiligne, est formé par une paroi propre, hyaline, entourée d'une tunique celluleuse, adventice, et revêtue à l'intérieur d'un épithélium polyédrique,

1. Aubert, chirurgien des hôpitaux de Lyon, a institué une série d'expériences pour se rendre compte de l'état de la sécrétion sudoripare à l'état sain et pathologique de la peau. Il s'est servi de papiers réactifs, imbibés de nitrate d'argent ou de protonitrate de mercure, sur lesquels la peau est capable de réagir. Il a obtenu ainsi des empreintes qui lui ont montré que *les orifices sudoripares sont situés sur les crêtes papillaires*, et non dans les sillons qui les séparent. Et en effet, qu'on prenne un papier imprégné de protonitrate de mercure et légèrement enduit de noir de fumée. En l'appliquant sur la peau, les crêtes papillaires apparaissent en blanc; et, sur ces lignes blanches, on peut voir ensuite le pointillé noir de la sueur (voy. P. Aubert, *De l'action des glandes sudoripares sur quelques sels métalliques; Lyon médical*, 1874, p. 75 et 159, et tirage à part).

sur deux ou trois rangées. L'épithélium est lui-même recouvert par une cuticule qui n'existe plus dans le glomérule.

La structure du conduit glomérulaire n'est bien connue que depuis peu de temps. C'est à Heynold, à Ranvier, à G. Herrmann, qu'on est redevable des connaissances acquises sur ce sujet [1]. Les deux tuniques externes sont encore une couche celluleuse et une couche amorphe hyaline, semblable à celles du canal excréteur. Mais, entre la paroi propre et l'épithélium, existe une couche de fibres lisses, très

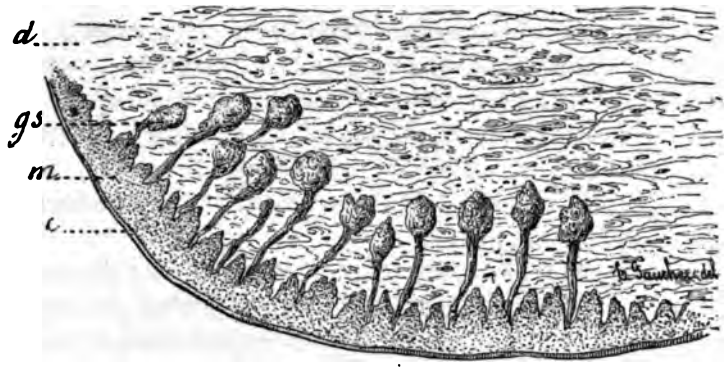

Fig. 10. — Glandes sudoripares de la pulpe du doigt d'un fœtus de 7 à 8 mois (préparation personnelle).
c, couche cornée. — *m*, couche de Malpighi. — *gs*, glomérules sudoripares. — *d*, derme.

apparente sur la plupart des glandes sudoripares. C'est donc par erreur que les anciens anatomistes plaçaient la tunique musculaire en dehors de la paroi propre; elle est au contraire située entre cette paroi propre et l'épithélium.

D'autre part, les cellules épithéliales, disposées ici sur une seule rangée, sont prismatiques. Elles ne sont pas en contact direct par leurs faces latérales, et la cavité glandulaire se prolonge entre elles sous forme de fentes ou de lacunes (Ranvier).

Le protoplasma granuleux et le noyau de ces cellules sont refoulés du côté de la base d'implantation; et cette base elle-même présente des prolongements qui s'engrènent directement avec les fibres musculaires lisses sous-épithéliales. De plus, ainsi que l'a constaté Ranvier, les cellules glandulaires du tube sécréteur montrent, dans leur proto-

1. Voy. Heynold, *Arch. Virchow's*, 1874; Herrmann, *Société de biologie*, janvier 1880; Ranvier, *Comptes rendus de l'Institut*, janvier 1880.

plasma, des stries granuleuses, semblables à celles de l'épithélium des tubes contournés du rein. Elles contiennent en outre des granulations graisseuses qui présentent les deux réactions caractéristiques de se colorer en noir sous l'influence de l'acide osmique, et de se dissoudre dans l'alcool absolu [1].

L'extrémité libre des cellules est au contraire hyaline et dépourvue de granulations. Cette portion hyaline s'étire et se fragmente sous la forme de petites masses sphériques, que Ranvier appelle les *globes colloïdes*, et qu'on retrouve dans la sueur [2].

Il était intéressant de connaître l'état des cellules glandulaires après la sécrétion; or il résulte des recherches de J. Renaut que les glandes qui ont fonctionné pendant quelque temps, les glandes épuisées, présentent des particularités importantes qui les distinguent à première vue des épithéliums en pleine activité. Les cellules sont alors plus larges que hautes; le protoplasma n'est plus strié, mais granuleux; le noyau est devenu central.

Les glandes sudoripares sont remarquables par leur riche vascularisation; du réseau qui entoure les glomérules partent des ramifications artérielles qui se distribuent à la tunique celluleuse du conduit, forment dans son épaisseur un lacis capillaire, pour se reconstituer en veinules qui suivent le même trajet.

Ces glandes renferment aussi des nerfs dans leur épaisseur. Langerhans et Arnstein ont les premiers démontré anatomiquement la présence de fibrilles nerveuses dans les tuniques des glandes sudoripares. Après eux, Coyne a suivi plus exactement le trajet de ces nerfs, et a même observé leurs terminaisons par des extrémités libres ou par de légers renflements situés entre les cellules épithéliales et la paroi propre [3].

Glandes sébacées. — Les glandes sébacées sécrètent une matière grasse, onctueuse, incessamment versée à la surface de la peau.

Leur situation est toute différente de celle des glandes sudoripares;

1. Herrmann a constaté, de plus, chez le cheval, que les cellules sudoripares contenaient des granulations pigmentaires qui pouvaient, dans certains cas, se déverser dans la cavité glandulaire. Cette observation est intéressante et peut servir à éclaircir la pathogénie si obscure de la chromhydrose.

2. La présence des globes colloïdes peut, jusqu'à un certain point, ainsi que le fait remarquer Bouveret, donner l'explication des sueurs visqueuses (voyez Bouveret, *Des sueurs morbides*. Thèse d'agrégation. Paris, 1880).

3. Voy. Couty, *Des terminaisons des nerfs dans la peau*. Thèse d'agrégation. Paris, 1878.

elles siègent, en effet, dans les couches superficielles du derme, tandis qu'au contraire les glandes sudoripares occupent les couches profondes de la peau et même le tissu sous-cutané.

Elles font d'ailleurs complètement défaut dans certaines régions, à la paume des mains et à la plante des pieds.

Le volume des glandes sébacées est impossible à donner d'une manière précise, car « les plus petites égalent à peine la millième partie des plus grosses » (Sappey). Il en est de même du nombre, qui n'a pas été déterminé exactement.

Sappey a divisé a juste titre les glandes sébacées en trois classes [1] :

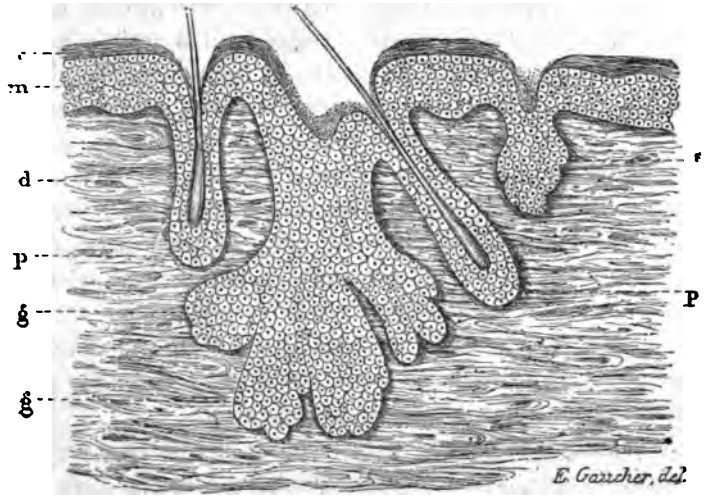

Fig. 11. — Glandes sébacées du cuir chevelu (préparation personnelle).
c, couche cornée. — *m*, couche de Malpighi. — *d*, derme. — *p*, *p*, follicule pileux. *g*, *g*, culs-de-sac glandulaires. — *s*, petite glande sébacée.

La première comprend toutes les glandes, extrêmement nombreuses, qui s'abouchent dans la cavité d'un follicule pileux : telles les glandes du cuir chevelu, de l'aisselle, du pubis, etc.;

La seconde, toutes celles, très nombreuses aussi, qui s'ouvrent directement sur la surface de la peau et qui donnent passage à un poil rudimentaire, comme, par exemple, les glandes de la plus grande partie de la face et de l'aréole du sein;

La troisième, celles, beaucoup plus rares, qui n'ont aucune connexion avec les poils. On les trouve à la face interne du prépuce et

1. Voy. Sappey, *loc. cit.*, t. III, p. 561.

LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

sur la couronne du gland chez l'homme; chez la femme, au-devant de l'entrée du vagin.

Les glandes sébacées sont des glandes en grappe, simples ou composées, et présentant un nombre variable de lobules et de culs-de-sac.

Celles de la première classe sont généralement au nombre de deux pour chaque poil.

Leur structure est la suivante :

1° Une paroi propre mince;

2° Une couche épithéliale formée de cellules polyédriques régulières.

Une rangée continue de cellules tapisse la paroi propre; mais d'autres sont appliquées sur celles-là et remplissent la cavité glandulaire. A mesure qu'on s'approche du centre, les cellules se remplissent de graisse, de plus en plus; les plus centrales sont gonflées et se crèvent, pour laisser échapper leur contenu : cette graisse, mêlée aux débris épithéliaux, constitue la sécrétion sébacée.

Les glandes sébacées reçoivent de fins capillaires, mais leur vascularisation est beaucoup moins riche que celle des glandes sudoripares. Quant aux nerfs, si, pour ces dernières, leur existence est démontrée, il n'en est pas tout à fait de même pour les glandes sébacées; bien que Arstein ait signalé la présence de fibrilles nerveuses dans l'épaisseur de leur paroi, ses conclusions ne sont pas assez affirmatives pour être admises définitivement.

Poils et follicules pileux. — Si l'on veut bien se reporter au développement du poil, on verra qu'il se comporte comme une véritable papille qui traverse le follicule de bas en haut. Or le follicule est formé par une involution de l'épiderme, de sorte que la papille du poil, repoussant devant elle le fond du folliculé, se trouve recouverte par les mêmes couches qui constituent les parois folliculaires, c'est-à-dire par une masse de cellules épithéliales dont les plus externes deviennent cornées.

On doit donc retrouver, dans le poil, d'une part, et sur les parois du follicule, d'autre part, toutes les couches de l'épiderme, et c'est ce que nous allons voir en effet[1].

Le POIL proprement dit est formé de trois parties :

1° La *moelle*, composée de cellules polyédriques, qui renferment

1. Voy. Cadiat, Cours de la Faculté, 1877, autographie Ve Henry.

des granulations pigmentaires et qui ne sont autres que les cellules de la couche de Malpighi. Pour J. Renaut, la moelle du poil est constituée particulièrement par les cellules de la couche granuleuse, reposant sur le *bouton du poil*, formé lui-même par la couche basilaire et par le corps muqueux proprement dit.

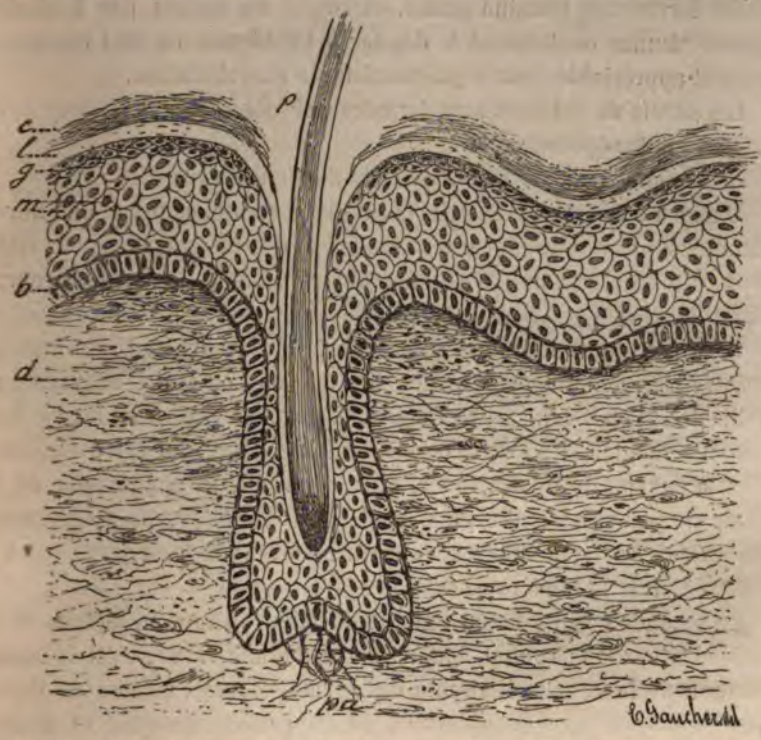

Fig. 12. — Coupe de la peau de la région parotidienne d'un supplicié, montrant un follicule pileux (préparation personnelle).

c, couche cornée. — *l*, stratum lucidum. — *g*, stratum granulosum. — *m*, couche de Malpighi. *b*, couche basilaire. — *d*, derme. — *p*, poil. — *pa*, papille du poil.

2° Autour de cette colonne centrale, l'*écorce du poil* ou *membrane fondamentale* (Pouchet), formée par des cellules cornées, très allongées, ayant l'aspect de filaments, et dont l'ensemble donne l'apparence d'une couche striée ;

3° Une couche superficielle ou *épiderme du poil*, composée encore de

1. Voy. J. Renaut, *Mémoire sur la structure de la peau*, in *Ann. de dermatologie*, 1879.

cellules cornées, mais celles-ci lamellaires, quadrilatères, imbriquées comme les tuiles d'un toit.

Le *follicule pileux* est une cavité très allongée, dont la base présente un renflement ou *papille du poil*, et dont l'extrémité supérieure constitue l'embouchure qui s'ouvre à la surface de la peau. Cette embouchure forme une certaine saillie, et toutes les saillies des follicules pileux réunies contribuent à donner à l'épiderme un état rugueux, surtout appréciable dans le phénomène de l'horripilation.

Les *parois du follicule* sont formées par deux tuniques, l'une dermique, l'autre épidermique.

La *tunique dermique* comprend elle-même deux couches :

D'abord une couche externe, la plus importante, composée de fibres lamineuses et renfermant des vaisseaux et des nerfs sur lesquels nous reviendrons plus loin ; c'est elle qui représente le derme proprement dit.

C'est à cette couche que s'insèrent les *faisceaux de fibres musculaires lisses*, généralement au nombre de deux ou trois, annexés aux follicules pileux. L'insertion de ces faisceaux se trouve située au-dessous de la glande sébacée correspondante; leur rôle est complexe : c'est à eux qu'il faut attribuer, sans contredit, le phénomène de la chair de poule ; mais, de plus, par leur contraction, ils compriment les culs-de-sac glandulaires et contribuent pour une large part à l'excrétion de la matière sébacée.

La seconde couche de la tunique dermique, située en dedans de la précédente, est la *couche hyaline* ou *membrane vitrée;* c'est la continuation de la couche limitante du derme, formée, comme on l'a vu plus haut, par un épaississement de la matière amorphe et décrite sous le nom de basement-membrane.

La *tunique épidermique*, qui revêt la surface interne du follicule, se subdivise aussi en plusieurs couches.

De dehors en dedans, on trouve :

1° La *gaine externe de la racine*, composée de cellules polyédriques dépendant du corps muqueux de Malpighi;

2° La *gaine interne de la racine*, formée par des cellules cornées et qui comprend elle-même deux couches : l'une externe ou *couche de Henle* dont les cellules sont polyédriques, l'autre interne ou *couche de Huxley*, constituée par des cellules allongées.

La *papille du poil* (ou bulbe du poil) présente la même structure

que la membrane vitrée, sauf que l'on y trouve des vaisseaux et des nerfs. Sa base est en continuité avec la paroi du follicule; son sommet est coiffé par le bouton du poil. Sa forme est variable, tantôt hémisphérique, tantôt conique, tantôt étranglée à sa partie moyenne; mais toujours elle paraît légèrement pédiculée. Sa longueur est de 0 millim. 30 en moyenne, et sa largeur de 0 millim. 10 à 0 millim. 15.

Si, maintenant, on envisage l'ensemble du poil et de son follicule,

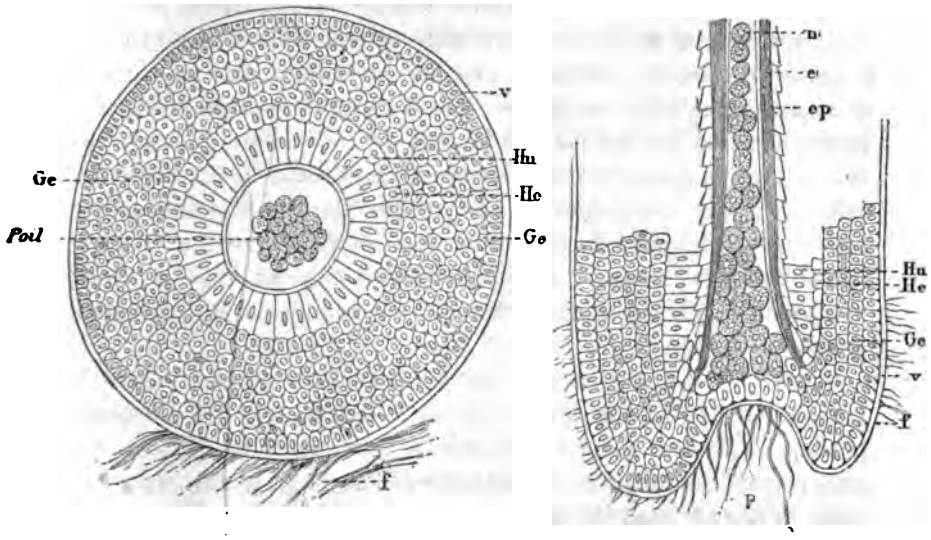

Fig. 13. — Schéma du poil et du follicule pileux. Coupes transversale et longitudinale, d'après O. Cadiat (*Cours de la Faculté de médecine*).

m, moelle du poil. — *ec*, écorce. — *ep*, épiderme. — *Hu*, couche de Huxley. — *He*, couche de Henle. — *Ge*, gaine externe de la racine. — *v*, membrane vitrée. — *f*, couche fibreuse externe. — *p*, papille du poil.

on voit que, dans l'intérieur de la cavité folliculaire, l'épiderme corné se trouve partout en contact avec lui-même sur deux faces, l'une des faces dépendant du poil qu'elle recouvre, et l'autre représentant le revêtement interne du follicule.

Nerfs des poils. — Nous avons déjà signalé la présence des *nerfs* dans la tunique celluleuse externe; mais les rameaux nerveux pénètrent quelquefois plus profondément dans l'intérieur du follicule [1].

Les *poils tactiles* étaient connus depuis longtemps chez les animaux; mais, chez l'homme, les nerfs des poils ont été observés pour

1. Voy. Couty. Thèse d'agrégation. Paris, 1878.

la première fois par Vaillant [1]. Il décrivit à la base du follicule pileux, dans la membrane fibreuse externe, un réseau en forme de collier, formé par l'entrelacement horizontal de trente ou quarante fibres à myéline. Plus tard, Jobert [2] constata « que de ce collier horizontal les fibres à myéline, devenues indépendantes, s'élèvent verticalement, parallèlement à la tige du poil; dans cette seconde partie de leur trajet, ces fibres se bifurquent, se subdivisent, perdent leur myéline, et constituent alors des fibrilles pâles, dont les unes pénètrent presque jusqu'aux cellules de la gaine épithéliale externe de la racine, et dont la plupart paraissent se terminer par une extrémité renflée au contact de la membrane vitrée ou hyaline. Jobert a trouvé ce mode de terminaison dans les cils, les poils de la peau des pommettes, des ailes du nez, des lèvres supérieure et inférieure et du menton. L'exactitude de cette description a été confirmée depuis par plusieurs auteurs, entre autres par Podespoir, Mojsicovics, Arstein [3]. Math. Duval a de plus signalé ce fait intéressant que les poils tactiles seuls possédaient, dans une partie de leur trajet, une anse vasculaire continuant celle du bulbe pileux [4]. » (Couty.)

Ongles. — Les ongles sont des produits épidermiques, situés à l'extrémité des doigts et des orteils, sur la face dorsale des dernières phalanges. Ils sont comme enchâssés dans un repli de la peau. Ce repli cutané, qui recouvre la périphérie de l'ongle en arrière et sur les côtés, a reçu le nom de *derme sus-unguéal* (Sappey) [5], de *manteau* (J. Renaut) [6], de *perionyx* (Arloing) [7].

La portion libre de l'ongle est blanche, la portion adhérente est rose par transparence; cette coloration est due à la vascularisation du derme sous-jacent. Mais, en arrière, au niveau de la racine de l'ongle, il existe une région semi-lunaire, à convexité antérieure, plus ou moins apparente suivant les sujets, qui présente une couleur blanche et qui a reçu le nom de *lunule*. Cette coloration différente tient, ainsi que nous le dirons tout à l'heure, à des caractères particuliers des cellules du corps muqueux dans cette région.

1. Journal *l'Institut*, 1862.
2. *Comptes rendus de l'Institut*, 1871 et 1874.
3. *Centralblatt*, 1877.
4. *Journal d'anatomie*, février 1873.
5. Voy. Sappey, *An. descriptive*, t. III.
6. Voy. Renaut, *loc. cit.* (*Annales de dermatologie*, 1879).
7. Voy. Arloing. Thèse d'agrégation, 1880. *Poils et Ongles*.

Si l'on arrache un ongle, ce qu'on peut faire facilement quand on a laissé macérer un doigt pendant quelque temps dans le liquide de Müller, on voit qu'au-dessous de lui le derme est creusé de plis longitudinaux très apparents, limités, ainsi qu'on le verra plus loin, par des saillies papillaires : ce sont les *plis* et *sillons de Henle*.

Par le même procédé, on voit aussi que *le derme sous-unguéal* est naturellement divisé en deux parties : 1° une surface horizontale, sur laquelle l'ongle repose, c'est le *lit de l'ongle :* 2° en arrière, une rai-

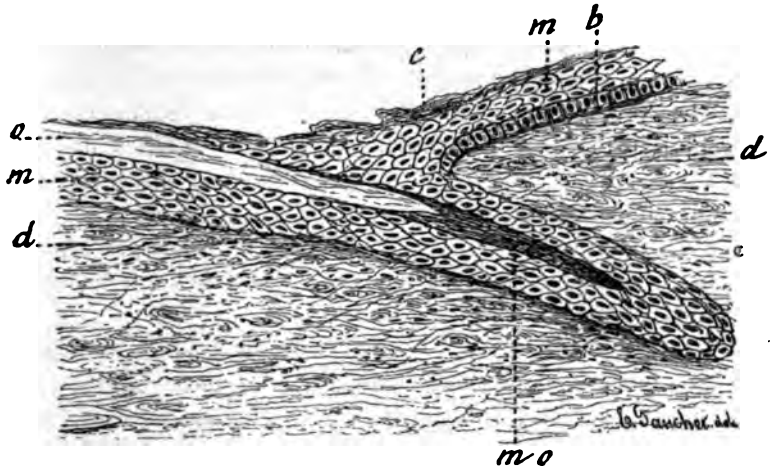

Fig. 14. — Matrice de l'ongle d'un fœtus de 7 à 8 mois (préparation personnelle).
c, couche cornée. — *m*, couche de Malpighi. — *b*, couche basilaire. — *d*, derme. — *o*, ongle — *m o*, matrice unguéale.

nure en forme de fer à cheval, à concavité antérieure, dans laquelle l'ongle est implanté : c'est la *matrice de l'ongle*.

La structure de l'ongle et du derme sous-unguéal n'est bien connue que depuis les récents travaux de Ranvier et de J. Renaut sur la structure de la peau en général.

L'ongle proprement dit est constitué par des cellules modifiées de l'épiderme corné. En effet, en soumettant un ongle à l'action de la soude, il est facile de dissocier les éléments qui le composent. On voit alors qu'il est formé par des cellules disposées en lamelles, les unes au-dessus des autres. Ces cellules, dites *cellules unguéales*, sont ovoïdes, aplaties; elles possèdent un noyau allongé, atrophié; elles mesurent 0,02 à 0,03 de large.

On voit donc que l'ongle n'est pour ainsi dire qu'un épiderme

épaissi; et, de fait, à sa face profonde, les cellules unguéales prennent, dans une certaine épaisseur, les caractères du *stratum lucidum*. Le *stratum granulosum*, au contraire, fait défaut au-dessus du derme sous-unguéal. Ce fait important, signalé par Heynold [1] et par J. Renaut [2], établit une différence capitale entre l'ongle et le reste de l'épiderme. Il prouve que la kératinisation s'opère ici d'emblée dans les cellules qui recouvrent le derme sous-unguéal et qui tiennent la place de la couche génératrice et du corps muqueux de Malpighi.

Ces cellules sont en effet disposées sur deux plans distincts : une couche de cellules prismatiques, normales à la surface dermique, analogues aux cellules génératrices, et, au-dessus de cette couche basilaire, plusieurs rangées de cellules plus ou moins régulièrement polyédriques, par pression réciproque, semblables à celles du corps muqueux.

Au niveau de la lunule, on trouve, dans la couche précédente, des cellules polymorphes irrégulières, chargées d'un semis granuleux de substance kératogène et auxquelles, d'après Ranvier, il faut attribuer la coloration blanche de cette région [3].

Le derme sous-unguéal est très adhérent au périoste sous-jacent, mais il est surtout intéressant à connaître par les modifications remarquables que subissent les papilles à ce niveau. Les crêtes qui, sur le lit de l'ongle, limitent les sillons de Henle, ne sont autre chose que des papilles très étroites et allongées dans le sens de l'axe du doigt, pleines de nerfs et de vaisseaux. La surface de ces papilles longues et effilées est finement denticulée ou festonnée, et dans chacune des petites dents se termine un des minces faisceaux fibro-conjonctifs émanés de la profondeur du derme.

Dans le fond de la rainure, qui constitue la matrice de l'ongle, certains auteurs avaient décrit jadis de larges papilles dirigées en avant. Il n'en est rien : les papilles font entièrement défaut dans la matrice unguéale, et cette particularité anatomique est en rapport avec une disposition spéciale du réseau vasculaire cutané à ce niveau.

La vascularisation du derme sous-unguéal a été récemment étudiée, d'une manière complète, par J. Renaut [4]. Les papilles du pé-

1. Voy. Heynold, *Virchow's Archiv*, t. LXV.
2. Voy. J. Renaut, *loc. cit.* (*Annales de dermatologie*, 1879).
3. Voy. Arloing, de Lyon, Thèse citée, p. 92.
4. Voy. la thèse de Arloing, p. 99.

rionyx et du lit de l'ongle renferment des anses vasculaires très riches, et, au-dessous d'elles, se trouve un réseau sanguin anastomotique planiforme duquel partent les bouquets papillaires. Dans la matrice de l'ongle, les anses papillaires font défaut, comme les papilles elles-mêmes ; « mais le réseau sanguin planiforme sous-jacent voit s'accroître le nombre de ses mailles et la largeur de ses vaisseaux. De nombreux et larges traits anastomotiques le mettent en relation, après un court trajet, avec les vaisseaux de distribution qui sont, à ce ni-

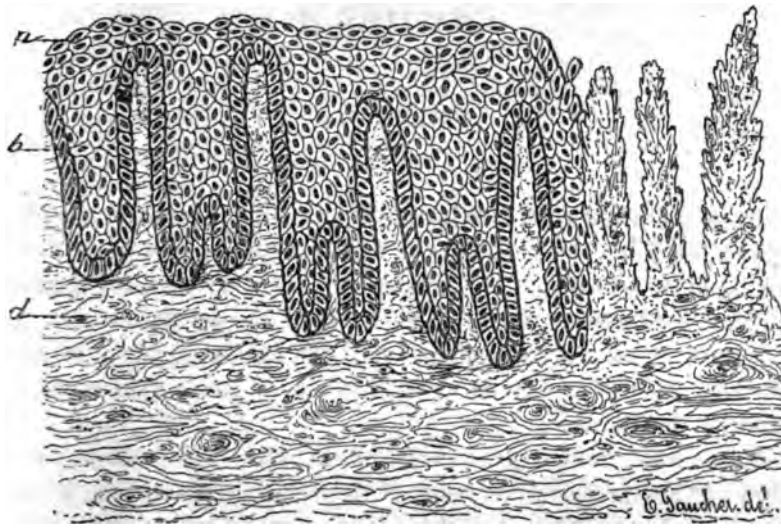

Fig. 15. — Derme sous-unguéal d'un supplicié. Trois papilles sont dépouillées de leur épiderme (préparation personnelle).

m, couche de Malpighi. — *b*, couche basilaire. — *d*, derme.

veau, nombreux et serrés. La riche vascularisation de cette région, les nombreuses anastomoses qu'on y remarque, les relations presque directes avec les vaisseaux distributeurs, et enfin la largeur accrue des voies du sang, sont vraisemblablement en rapport avec les fonctions actives de la matrice de l'ongle. » (Renaut.)

Les lymphatiques du derme sous-unguéal sont peu connus ; il est probable qu'ils n'offrent rien de particulier. Les nerfs doivent être assez nombreux ; mais, d'après Sappey et J. Renaut [1], ils ne présentent jamais de corpuscules tactiles.

1. Voy. Sappey, *Anat. descriptive*, t. III ; et J. Renaut, *loc. cit.*

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE

La peau, en vertu de sa constitution anatomique, présente des propriétés spéciales, des *propriétés de tissu*, inhérentes à la trame fibro-élastique et musculaire qui la compose. Mais, de plus, les organes nombreux qu'elle renferme, les nerfs et les corpuscules du tact, les vaisseaux et les glandes contenus dans son épaisseur, jouent un rôle des plus importants dans la vie de relation, et même dans la vie de nutrition de l'individu.

Nous envisagerons donc, successivement, dans la physiologie de la peau : 1° ses propriétés de tissu ; 2° ses facultés d'absorption ; 3° ses fonctions de sécrétion et d'élimination ; 4° ses fonctions de sensibilité.

Section I. — Propriétés de tissu.

La peau, qui est destinée à protéger toute la surface du corps, doit nécessairement posséder des propriétés en rapport avec ses fonctions de revêtement. Ces propriétés, qu'on peut, ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, désigner sous le nom de propriétés de tissu, dépendent de la structure anatomique de la peau, et surtout des divers éléments qui entrent dans la composition du derme. Elles sont au nombre de deux : la *résistance* et l'*élasticité*.

Résistance. — Nous laissons de côté, pour le moment, la résistance de la peau à la pénétration des liquides en contact avec elle ; cette

question sera traitée dans un autre chapitre (voy. *Absorption cutanée*). Nous n'avons en vue, maintenant, que la résistance aux agents vulnérants, tels que les traumatismes de toute nature, les pressions excessives ou prolongées, les liquides corrosifs, etc.

Et d'ailleurs, la trame dermique et la couche cornée de l'épiderme ont chacune leur importance dans ce rôle protecteur. C'est sur les régions les plus exposées, que l'épiderme est le plus épais, et son épaisseur est d'autant plus grande que les individus sont soumis à un plus rude labeur. Il en est de même du derme, dont le feutrage est surtout dense et serré sur les points du corps où il n'est pas besoin d'une sensibilité délicate, mais où, au contraire, une protection efficace est nécessaire.

La peau résiste donc aux agents extérieurs, aux chocs, aux contusions, et, dans une certaine mesure, aux blessures par instruments tranchants et piquants. Les agents chimiques eux-mêmes, pour la plupart, ne détruisent la peau qu'avec lenteur, et tous les médecins savent qu'il faut du temps aux caustiques, comme la pâte de Vienne, aux acides ou aux alcalis les plus énergiques, pour agir à travers l'enveloppe cutanée.

Il n'est pas inutile d'ajouter que les propriétés de résistance de la peau sont accrues par la présence des produits épidermiques, les poils, les ongles et même la sécrétion sébacée. Mais cela est surtout vrai pour les animaux, et c'est pourquoi le rôle protecteur de la peau est beaucoup plus important chez eux que chez nous.

Elasticité. — L'élasticité de la peau est une des causes principales de sa résistance; ces deux propriétés sont liées l'une à l'autre d'une façon intime. Dans les contusions les plus violentes, l'enveloppe cutanée se laisse déprimer par les instruments qui la frappent, bien avant de céder et de se déchirer; souvent même, elle résiste complètement, alors que les tissus sous-cutanés sont le siège de lésions graves et profondes.

Mais l'élasticité de la peau entre en jeu dans bien d'autres cas. C'est grâce à elle, que peuvent s'opérer ces distensions, quelquefois considérables, dues à l'œdème, à la surcharge graisseuse, aux épanchements ascitiques, à la grossesse, à la présence de tumeurs volumineuses, etc.

Cependant cette élasticité a des limites; et, quand la distension est exagérée ou trop rapide, le derme se rompt de distance en dis-

tance : ce sont ces ruptures cutanées qui sont connues de tous sous le nom de *vergetures* [1].

Section II. — Absorption cutanée.

Il n'y a peut-être pas, en physiologie, de question qui ait donné lieu à plus de controverses, que celle de l'absorption cutanée. Et encore aujourd'hui, quelques-uns reconnaissent à la peau, dont l'épiderme est intact, des facultés absorbantes, bien qu'avec quelques restrictions, tandis que d'autres les lui refusent complètement.

Il importe, à ce sujet, croyons-nous, d'établir des distinctions, suivant qu'il s'agit d'eau simple, ou de solutions salines, ou de substances incorporées à des corps gras. Enfin l'absorption des gaz doit être examinée séparément.

Absorption de l'eau et des solutions salines. — Béclard [2] admet que la peau, malgré la couche épidermique dont elle est revêtue, peut absorber l'eau pure dans de certaines conditions. Et, en effet, d'expériences multiples il semble résulter que dans un bain, si l'on tient compte de la perte contemporaine faite par l'évaporation pulmonaire, le corps augmente de poids, pourvu toutefois que la température du bain soit inférieure à celle du corps, car, si elle est plus élevée que celle-ci, la sécrétion sudorale, provoquée par l'élévation de température du milieu liquide, est une cause de déperdition suffisante pour faire diminuer, au contraire, le poids du corps. D'après la théorie de Béclard, d'ailleurs, le mécanisme de l'absorption cutanée ne doit pas être aussi simple que celui de l'absorption par les muqueuses. Pour celles-ci, la couche épithéliale est un obstacle insignifiant et se laisse facilement traverser. L'épiderme, dans les mêmes conditions, oppose une certaine résistance et exige, incontestablement, une action continue du liquide avant de lui livrer passage. Il y a deux temps à distinguer dans l'accomplissement du phénomène : d'abord le ramollissement de la couche cornée, l'*imbibition* et l'humectation des cellules,

1. Ch. Bouchard a récemment décrit une variété spéciale et peu connue de vergetures ; elles siègent principalement au-dessus de la rotule, quelquefois au-dessus du grand trochanter et au-dessus de l'olécrâne, chez certains individus qui ont eu la fièvre typhoïde dans le jeune âge et dont la croissance a été trop rapide pendant cette maladie (voy. *Comptes rendus de la Société clinique de Paris*, 1879).

2. Voy. Béclard, *Traité de physiologie*.

et ensuite l'*absorption* proprement dite par les vaisseaux de la couche superficielle du derme.

Si, au lieu d'eau simple, on se sert d'un bain composé d'une solution saline, l'absorption s'exercerait encore, d'après Béclard, mais beaucoup plus lentement; et les substances dissoutes, qui pénètrent dans la circulation, ne le font que dans des proportions très minimes, infinitésimales, si l'épiderme est intact; à tel point qu'on a pu contester l'utilité des bains généraux de sublimé corrosif, par exemple, dans le traitement de la syphilis. Et encore, dans ces cas-là, l'absorption, si faible qu'elle soit, ne peut-elle se produire qu'à une température d'au moins 25° centigrades. Ainsi donc, Béclard reconnaît à la peau des facultés d'absorption, minimes il est vrai, mais constantes.

On lit au contraire dans le *Traité des humeurs* de Ch. Robin [1] :

« *L'épiderme intact n'absorbe ni l'eau ni les solutions salines;* l'absorption a seulement lieu quand il est érodé, et peut-être aussi quand il est gonflé et ramolli par une imbibition prolongée. »

On remarquera le doute avec lequel Ch. Robin parle de l'absorption à travers l'épiderme, quand il est seulement ramolli. Et, en effet, il est généralement admis aujourd'hui que la peau n'absorbe pas les liquides. Le peu qui est parfois absorbé dans un bain s'introduit par les orifices des glandes sudoripares et sébacées, et il n'y a pas à en tenir compte.

Nous n'en voulons pour preuve que les bains continus et prolongés, employés depuis quelque temps, à Vienne, dans le service d'Hébra, pour le traitement de certaines affections de la peau. Des malades, soumis à une immersion de plusieurs semaines, ressentaient néanmoins le sentiment de la soif, comme d'habitude, et ingéraient la même quantité d'eau qu'auparavant [2].

Mais si, par une action mécanique quelconque, l'épiderme est légèrement érodé, si la peau est privée de l'enduit sébacé qui la recouvre et la protège, l'absorption s'exerce alors et rapidement. On connaît, à ce propos, l'expérience de Colin (d'Alfort) : il fait tomber pendant cinq heures consécutives, sur le dos d'un cheval, une solution de cyanure de potassium; la percussion de l'eau sur la peau détruit la ma-

1. Voy. Ch. Robin, *Traité des humeurs*, p. 734, note.
2. Voy. Küss et Duval, *Physiologie*, 1873, p. 432.

tière sébacée, altère l'épiderme, et l'empoisonnement ne tarde pas à se produire [1].

Absorption des substances incorporées aux corps gras. — Les absorptions médicamenteuses, qui succèdent à l'application sur la peau d'emplâtres ou de pommades, présentent à considérer des phénomènes complexes. Indépendamment du simple contact, il faut avoir égard au ramollissement, à l'irritation et même à la destruction partielle de l'épiderme, produites par les onctions ou les frictions, et puis au mélange du corps gras, employé comme véhicule, avec la matière sébacée.

Quelquefois cependant, quand l'épiderme reste intact, l'absorption s'effectue néanmoins ; c'est qu'alors les matières actives, contenues dans les pommades, pénètrent dans les orifices des glandes et sont absorbées au travers de leur épithélium, mais non au travers de la couche cornée de l'épiderme.

Mais, quel que soit le mécanisme, l'absorption dans ce cas est incontestable et incontestée. Sans multiplier les exemples, nous citerons seulement la pommade mercurielle, dont l'emploi en frictions ne tarde pas à produire de la salivation, et la pommade belladonée, dont l'usage est suivi à bref délai de dilatation pupillaire.

Absorption des gaz. — L'absorption cutanée des gaz n'a pas donné lieu aux mêmes discussions que celle des liquides. — On sait que, chez les batraciens, la peau est le siège principal de l'échange gazeux respiratoire; mais, chez l'homme même, il se fait à la surface du corps une respiration insensible. C'est de cette façon que les gaz toxiques peuvent aussi pénétrer dans la circulation. Dans deux séries d'expériences, en 1819 et en 1825, Lebküchner a plongé des animaux tout entiers dans l'hydrogène sulfuré, en maintenant seulement la tête au dehors; dans tous les cas, les expériences ont été suivies de mort.

SECTION III. — FONCTIONS DE SÉCRÉTION ET D'ÉLIMINATION DE LA PEAU.

SÉCRÉTION SUDORIPARE.

§ I. — Composition et usages de la sueur.

Composition et réaction de la sueur. — La sueur est une humeur excrémentitielle et éliminatrice de l'eau principalement, au même titre

1. Voy. Colin, *Physiologie comparée des animaux domestiques*, 1873, t. II, p. 123.

que l'urine [1]. C'est un liquide limpide, incolore, d'une odeur spéciale due à un ou plusieurs acides gras volatils voisins de l'acide butyrique. Ce seraient, pour Lehmann, les acides caproïque et caprilique; pour d'autres, l'acide valérique. A cet acide serait due en même temps la réaction de la sueur, et sa volatilité serait cause que *la sueur, sécrétée acide, devient rapidement alcaline, dès que l'évaporation est commencée*, de sorte que son résidu est aussi alcalin.

Depuis les travaux de Favre et de Ch. Robin, l'acidité de la sueur est un fait admis par la plupart des physiologistes et qui a été confirmé par des recherches plus récentes d'Aubert, de Lyon [2]. Cependant dans les régions inguino-scrotale et inguino-vulvaire, dans l'intervalle des orteils et dans le creux de l'aisselle, la sueur est normalement alcaline; elle possède aussi une odeur différente, due probablement à la présence d'un valérate ou d'un capronate de soude et de potasse, et, peut-être aussi, au mélange de la sueur et de la matière sébacée, et aux réactions qui en résultent [3].

Mais l'opinion générale sur la réaction de la sueur est battue en brèche par Trümpy et Lüchsinger; d'après ces auteurs, la sueur de toute la surface du corps serait alcaline [4]. Chez le chat, la réaction alcaline de la sueur, sécrétée sous l'influence de l'excitation du sciatique, est évidente. Chez l'homme, si l'on a soin de bien laver la peau avec l'alcool, l'éther, etc., pour la débarrasser de la matière sébacée, la sueur provoquée par le jaborandi ou la pilocarpine est aussi alcaline, au moment précis où elle est sécrétée, mais la réaction acide apparaît immédiatement après.

Quoi qu'il en soit de ces expériences, la question n'est pas encore définitivement jugée; et peut-être faut-il faire intervenir différentes causes d'alimentation ou autres, pour expliquer ces contradictions ? Il en serait alors de la sueur comme de l'urine, dont il est possible de faire varier la réaction en changeant le régime de l'animal ou la quantité de ses aliments, en le soumettant à un travail plus ou moins pénible, plus ou moins prolongé.

La sueur présente une densité de 1003 à 1004. Sa composition chimique immédiate, d'après Favre et Ch. Robin, est la suivante :

1. Cf. Ch. Robin, *Traité des humeurs*, p. 730.
2. Voy. Aubert, *De l'action des glandes sudoripares sur quelques sels métalliques* (*Lyon médical*, 1874).
3. Voy. Andral, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1848, t. XXVI.
4. Voy. Bouveret, *Des sueurs morbides*. Thèse d'agrégation. Paris, 1880.

Analyse de la sueur[1].

I. — Principes de la première classe.

	Sur 10 000 parties.
Eau	9955,73
Chlorure de sodium	22,30
Chlorure de potassium	2,43
Sulfates de soude et de potasse	0,11
Phosphates de soude et de potasse	traces.
Carbonates alcalins	0,05
Phosphates terreux	traces.

II. — Principes de la deuxième classe :

Sudorate de soude	11,72	Pas d'acide sudorique libre.
Sudorate de potasse	5,20	
Lactate de soude	2,38	
Lactate de potasse	1,02	
Urée	0,42	
Principes graisseux (Peut-être la matière sébacée ?)	0,13	

III. — Principes de la troisième classe.

Traces de substance albuminoïde.

Les glandes sudoripares éliminent de plus 5 à 6 grammes d'acide carbonique par vingt-quatre heures. C'est ce qu'on appelle l'acide carbonique exhalé par la peau ou la *respiration cutanée* (Ch. Robin).

D'après Robin, les autres substances qui peuvent être éliminées par la sueur sont les suivantes : les iodures, les sulfures solubles, le sulfate de quinine, l'alcool, les arséniates, les sels de mercure, etc. [2].

Variations de quantité de la sueur. — La sueur est une sécrétion continue, mais dont la quantité est sujette à de grandes variations ; en général, elle atteint environ 1000 *grammes par vingt-quatre heures*, soit 40 à 42 grammes par heure (Ch. Robin). Mais il est de notion vulgaire que les températures élevées et les mouvemenis énergiques augmentent la sécrétion sudorale ; tandis que, d'autre part, la *transpiration insensible* ou l'exhalation cutanée, qu'on considérait autrefois comme une fonction spéciale, n'est autre chose que cette même sécrétion ramenée à son minimum d'activité. Cela était déjà prouvé par

1. Voy. Favre, *Recherches sur la composition chimique de la sueur*, 1853 (*Archives générales de médecine*) ; et Ch. Robin, *loc. cit.*

2. Voy. Byasson, *Recherches sur l'élimination du mercure par la peau au moyen de piles de Smithson* (*or et étain*).

Sappey; Aubert (de Lyon) a pu s'en convaincre de nouveau, au moyen des papiers réactifs dont nous avons déjà signalé le mode d'emploi [1]. Le papier préparé au chlorure de palladium (qui est immédiatement réduit par la plus faible quantité d'eau, même à l'état de vapeur) présente, appliqué sur la main bien essuyée, un pointillé caractéristique, au niveau des orifices des glandes sudoripares, et n'est pas impressionné en dehors d'eux.

Les expériences d'Aubert [2] ont encore confirmé les résultats obtenus par Favre (loc. cit.) relativement à la *moiteur*. Cet état de la peau est dû non seulement à l'émission incessante de la sueur, mais encore à la présence du résidu alcalin et déliquescent laissé par son évaporation. Par sa déliquescence, ce résidu attire l'humidité et prévient le dessèchement ; par son alcalinité, il entretient un état souple et savonneux de la peau.

État de la sueur dans les dermatoses. — Il était intéressant de connaître l'état de la sécrétion sudorale dans les différentes maladies de la peau. Aubert (de Lyon) s'est livré sur ce sujet à des recherches importantes, qui lui ont donné des résultats dignes d'être signalés [3].

Ces recherches ont été pratiquées par le procédé suivant, comparativement sur la peau saine et sur la peau malade du même sujet :

1° Application sur la peau d'une feuille de papier blanc.

2° Badigeonnage de la feuille, impressionnée par la sueur, avec une solution de nitrate d'argent à 0,50 0/0.

3° Exposition à la lumière.

Les orifices des glandes sudoripares apparaissent alors comme un pointillé noir.

Voici les résultats obtenus par Aubert dans les principales affections cutanées :

Dans les *anomalies pigmentaires*, telles que le *nævus pigmentaire*, les *éphélides*, le *vitiligo*, il n'y a pas de modification de la sécrétion sudorale. Il n'y en a pas non plus dans la *pelade*.

Dans l'*ichthyose*, d'une manière générale, la sécrétion est supprimée, et elle présente les particularités suivantes :

1. Voy. ci-dessus, note p. 20.
2. Voy. Aubert, *De l'action des glandes sudoripares sur quelques sels métalliques* (*Lyon médical*, 1874).
3. Voy. P. Aubert, de Lyon, *Etat de la sueur et des glandes sudoripares dans les dermatoses*. 1874.

1° Diminution de nombre et irrégularité de disposition des glandes sudoripares.

2° Hypersécrétion supplémentaire de quelques régions moins profondément atteintes.

Dans les *affections hyperhémiques*, telles que l'urticaire, la roséole syphilitique, la roséole copahique, l'érythème arsenical, il n'y a pas de modification.

Dans les *lésions inflammatoires et irritatives*, d'une manière générale, la sécrétion sudorale est ou diminuée, ou complètement supprimée :

Dans le *prurigo chronique*, elle est seulement diminuée, les glandes sont encore dans la proportion des deux tiers du nombre normal. Hébra au contraire enseigne que, dans cette maladie, la sécrétion est supprimée.

Dans le *purpura*, la sécrétion est supprimée au niveau des taches [1].

Dans le *psoriasis*, à la période d'état, suppression complète de la sécrétion sudorale. Quand les plaques sont guéries, la sécrétion réapparaît; il y a même, au début, hypersécrétion sur les plaques guéries.

Dans l'*érysipèle*, arrêt complet de la sécrétion sudorale et même de la sécrétion sébacée, pendant deux semaines au moins.

Dans les *éruptions sudorales*, la sécrétion est conservée, excepté au niveau des vésicules.

Dans l'*herpès*, le *zona*, le *pemphigus*, l'*herpès circiné*, l'*impétigo*, les pustules de la *gale*, la sécrétion est momentanément arrêtée sur toute la zone malade.

Dans l'*eczéma* et l'*ecthyma* la sécrétion est supprimée, les glandes ne reprennent leur fonction que tardivement, après guérison complète.

Dans le *favus* la sécrétion est abolie.

Dans le *lupus*, les glandes sont détruites par le processus morbide; il y a hypersécrétion de celles qui subsistent.

Sur les *tubercules syphilitiques*, la sécrétion est supprimée.

Dans les *cicatrices*, les glandes font défaut; mais celles de la peau voisine sont le siège d'hypersécrétion.

Rôle éliminateur de la sueur. Parallèle avec la sécrétion urinaire. — Quels sont maintenant les usages de la sécrétion sudorale,

1. D'après Vinay et Pierret, le siège principal de l'hémorrhagie, dans le purpura, est au pourtour des glomérules sudoripares.

et premièrement quel est son rôle éliminateur? On a voulu, dans ces derniers temps, établir une analogie, au point de vue physiologique, entre le glomérule de Malpighi et le glomérule sudoripare; et cette analogie fonctionnelle semble en effet confirmée par les récentes découvertes sur l'histologie des glandes sudoripares. On sait, en effet, que les épithéliums sécréteurs de la sueur présentent des stries, en forme de bâtonnets, semblables aux bâtonnets décrits par Heidenhain dans l'épithélium des tubes contournés du rein. On sait d'autre part que la quantité d'urée contenue dans la sueur peut augmenter dans des proportions notables chez les albuminuriques, et dans le choléra, où l'urine est supprimée. D'après Picard, elle peut atteindre 88 centigrammes pour 1000 grammes, au lieu de 0 gr. 042, chiffre normal [1]; et, dans certains cas d'urémie, on l'a vue couvrir la surface de la peau d'une poussière blanchâtre [2]. Il en est peut-être de même de l'acide urique chez les goutteux; mais ici les expériences sont contradictoires : Wolf, Starck, O. Henry disent avoir trouvé de l'acide urique ou de l'urate de soude dans la sueur; Garrod, Favre, etc., n'en ont jamais rencontré.

Toutefois, de ces rapports anatomiques et physiologiques incontestables entre le rein et la glande sudoripare, il ne faudrait pas se hâter de conclure à la suppléance possible de la sécrétion urinaire par la sécrétion sudorale. En d'autres termes, la question des *sueurs vicariantes* n'est pas encore définitivement jugée. Dans des recherches remarquables sur le diabète et sur l'urémie, Ch. Bouchard a calculé qu'un litre de sueur, chez un diabétique, contient au maximum 10 grammes de sucre, tandis qu'un litre d'urine peut en contenir jusqu'à 140 grammes; un litre de sueur renferme au plus 40 centigrammes d'urée (on a vu plus haut que, d'après Picard, ce chiffre pourrait être plus élevé : 88 centigrammes); un litre d'urine en renferme 20 grammes [3]. Un litre d'eau qui s'échappe par la sueur n'a donc pas, à beaucoup près, au point de vue de l'élimination et de la dépuration du sang, la même valeur qu'un litre d'eau qui s'échappe par l'urine. C'est pourquoi il est si dangereux, dans certains cas, de provoquer des sudations abondantes chez les diabétiques et chez les brightiques. La peau, de même que l'intestin d'ailleurs, est un émunc-

1. Voy. Robin, *Traité des humeurs*, p. 739.
2. Voy. Taylor, *Guy's hosp. Rep.*, 1874, cité par Bouveret, *Sueurs morbides*.
3. Voy. Bouveret, *Sueurs morbides*. Thèse d'agrégation, 1880.

toire insuffisant; il n'est pas rare de voir, chez un albuminurique, la disparition des œdèmes, provoquée par les purgatifs ou les bains de vapeur, être suivie des accidents urémiques les plus graves. Car le liquide de l'œdème, qui rentre dans la masse du sang, contient une proportion de principes excrémentitiels que la sueur ne peut suffire à éliminer (Ch. Bouchard).

Rôle d'équilibration de la température. — Mais la sueur a d'autres usages encore que ses fonctions d'élimination. Nous avons dit que l'état de la température extérieure était l'une des causes qui faisaient varier le plus la quantité de la sécrétion sudorale. L'abondance de la sueur est en rapport avec la chaleur, et cela n'est pas sans raison. L'évaporation continuelle, entretenue ainsi à la surface de la peau, contribue pour une large part à maintenir la température du corps à un degré convenable.

Rôle de la sueur dans les fonctions du tact. — De plus, en dehors du rôle dépuratoire des glandes sudoripares et de leur rôle d'équilibration de la température, par l'évaporation cutanée, Aubert (de Lyon) attribue à ces glandes un *rôle très important dans les fonctions du tact.* « Elles servent au sens du toucher d'une manière indirecte, au même titre que les glandes lacrymales servent à la fonction oculaire [1]. »

C'est pourquoi (et Aubert s'en est assuré par les empreintes sur ses papiers chimiques) les glandes sudoripares sont surtout abondantes là où le toucher est le plus actif, aux régions palmaire et plantaire. Sur la même région, la région palmaire, l'activité sécrétoire est surtout grande au bout des doigts et aux éminences thénar et hypothénar : c'est aussi là que le toucher est le plus délicat.

Suppression de la sécrétion sudorale, troubles qui en résultent. — Des notions précédentes il résulte que la suppression de la sécrétion sudorale et de la perspiration cutanée doit être suivie d'accidents graves. De nombreuses expériences ont été faites à ce sujet; mais les conclusions des physiologistes ne concordent pas toutes les unes avec les autres. Chez les animaux soumis au vernissage, comme dans l'expérience de Fourcault, on a observé d'abord un abaissement de la température centrale, puis des convulsions; mais les lésions cadavériques ne sont pas toujours les mêmes : Bouley a trouvé les organes congestionnés, remplis de sang noir et chargés d'acide carbonique, présentant les

1. Voy. Aubert, *loc. cit.*

lésions de l'asphyxie lente; Socoloff a observé dans les mêmes conditions des ulcérations et des hémorrhagies gastriques et une néphrite diffuse double, c'est-à-dire les mêmes altérations que celles qu'on rencontre à la suite de brûlures très étendues. Dans les deux cas, la pathogénie des lésions est bien différente; si les lésions asphyxiques doivent être attribuées vraisemblablement à la suppression de la respiration cutanée, les altérations décrites par Socoloff au contraire peuvent être expliquées par le même mécanisme que celui qui a été indiqué par Brown Séquard pour les brûlures : une action réflexe dont le centre est dans la moelle et dont le point de départ est l'excitation cutanée.

Les expériences précédentes ont été faites sur des animaux : Sénator a cru pouvoir les répéter sur l'homme; il a recouvert le corps presque entier de plusieurs malades d'enduits imperméables, et il n'a observé aucun accident. Toutes réserves faites sur la valeur morale du procédé, ce résultat négatif était intéressant à signaler.

§ II. — Mécanisme de la sécrétion sudorale.

L'épithélium des glomérules sudoripares possède certainement une activité propre en vertu de laquelle s'effectue la perspiration cutanée, sans l'intervention d'aucune influence nerveuse. Mais cela n'est vrai que pour la sécrétion réduite à son minimum normal. Dès que la sueur est sécrétée avec une certaine abondance, le système nerveux entre en jeu, car c'est lui qui tient sous sa dépendance tous les phénomènes de sécrétion, aussi bien pour les glandes sudoripares que pour les glandes salivaires.

Influence du système nerveux. — La première expérience relative à l'influence du système nerveux sur la sécrétion sudorale est due simultanément à deux physiologistes, Lüchsinger et Ostroumow (1876)[1]. C'est l'expérience, maintes fois répétée et devenue classique, qui consiste à sectionner le nerf sciatique d'un chat et à exciter le bout périphérique du nerf : on voit alors les gouttes de sueur sourdre en abondance au niveau des pulpes digitales. Cette hypersécrétion est d'ailleurs indépendante des modifications circulatoires et de la température extérieure, car, si l'on porte le même animal dont le sciatique est sectionné dans

1. *Pflüger's Archiv*, 1876 et 1878.

une étuve, il sue de tout le corps, excepté de la patte du côté de la section.

Des résultats semblables ont été obtenus par différents physiologistes, notamment par Nawrocki [1], sur d'autres nerfs, le médian, le cubital, les racines du plexus brachial. Le fait est général; la sécrétion sudorale est gouvernée par des filets nerveux spéciaux, auxquels Vulpian a donné le nom de *nerfs excito-sudoraux* [2].

Action de la pilocarpine et de l'atropine. — C'est par l'intermédiaire du système nerveux qu'agissent sur la sécrétion sudorale, d'une part la pilocarpine et la muscarine, qui surexcitent la sécrétion, et, d'autre part, l'atropine, qui la paralyse. Dans les cas de sudation locale, comme celle obtenue par Strauss [3], à la suite d'injection sous-cutanée de faible dose de pilocarpine, il faut admettre que l'alcaloïde agit sur les extrémités des nerfs périphériques ou sur les cellules ganglionnaires, signalées par Coyne dans la paroi des tubes sudoripares [4].

Réflexe sudoral. — La sécrétion sudorale est donc une action réflexe; mais, pour constituer ce qu'on a appelé l'*arc réflexe sudoral*, il faut une voie centripète, un centre, une voie centrifuge. La voie centripète est confondue, dans les nerfs périphériques, avec les voies de transmission des autres sensations; le point de départ de l'agent excitateur le plus habituel est l'état de la température extérieure, mais il n'y a pas de fibres centripètes spéciales. Le centre est évidemment dans la moelle épinière, comme tous les centres réflexes, comme les centres vaso-moteurs en particulier. Mais ici une question se pose : Quel est le siège précis de ce centre médullaire? est-il simple ou multiple?

Pour répondre à cette question, de nombreuses expériences ont été instituées par Lüchsinger [5], par Nawrocki [6], par Adamkiewicz [7], par Vulpian [8]. De ces expériences, que nous ne pouvons que mentionner, il faut tirer la conclusion suivante, que nous empruntons textuellement à l'excellent travail de Bouveret [9] : « Dans la moelle existent des cen-

1. Voy. *Centralblatt*, 1878.
2. Voy. Vulpian, *Leçons sur les vaso-moteurs*.
3. Voy. Strauss, *Acad. des sciences*, 1879.
4. Voy. Bouveret, *Des sueurs morbides*, p. 27.
5. Voy. *Pflüger's Archiv*, 1878.
6. *Centralblatt*, 1878.
7. *Die Secretion des Schweisses*. Berlin, 1878.
8. *Acad. des sciences*, 1878.
9. Voy. Bouveret, *loc. cit.*, p. 26.

tres échelonnés, destinés sans doute à certaines actions sudorales locales ; au-dessus de ces centres inférieurs, un centre bulbaire, véritable centre général, commande les actions sudorales d'ensemble. Enfin l'excitation de certaines parties de l'encéphale (notamment du lobe médian du cervelet, d'après Adamkiewicz) pourrait peut-être influencer, directement ou par voie réflexe, la sécrétion de la sueur ; mais on ne peut encore affirmer qu'il existe dans ces régions des centres véritables. »

C'est donc de la moelle que naissent les fibres centrifuges, les nerfs excito-sudoraux ; mais leur trajet est encore l'objet de controverses. D'après Lüchsinger, Nawrocki et Adamkiewicz, ces fibres n'arrivent aux nerfs des membres que par la voie du grand sympathique ; Vulpian, au contraire, enseigne qu'elles viennent directement de la moelle par les racines antérieures.

Quoi qu'il en soit, l'appareil excito-sudoral présente les plus grandes analogies avec l'appareil vaso-moteur, au sujet duquel d'ailleurs les mêmes divergences d'opinion se sont produites, et, bien que nous ayons constaté plus haut l'indépendance des deux systèmes, on voit qu'ils sont absolument construits sur le même type.

Les éphidroses locales, comme la célèbre éphidrose faciale de Brown-Séquard, sont une preuve de plus de la production de la sueur par action réflexe. Brown-Séquard a constaté sur lui-même et sur quelques autres personnes très excitables, que l'impression gustative de certains aliments épicés détermine l'apparition de la sueur sur le visage ; c'est bien là une action réflexe par excellence, due à l'excitation des nerfs du goût.

SÉCRÉTION SÉBACÉE.

§ I. — Composition de la matière sébacée.

C'est aussi une sécrétion continue, comme la sécrétion sudoripare, et qui se mêle à celle-ci à la surface de la peau, de sorte que les deux produits sont modifiés l'un par l'autre [1].

L'humeur sébacée est à peu près impossible à recueillir à l'état de pureté, excepté quand on la prend directement dans les canaux excréteurs ou immédiatement au sortir d'eux. La région la plus favorable

1. Voy. Ch. Robin, *Traité des humeurs*, 2e édit., p. 695.

pour cette étude est la peau du nez, des joues et du front, où les glandes sébacées abondent.

Réaction. — On constate alors que ce liquide mouille le papier à la manière des corps gras et qu'il présente au papier de tournesol une *réaction légèrement alcaline.*

Examen microscopique. — « Le microscope montre l'humeur sébacée sous forme de gouttelettes huileuses, réfractant fortement la lumière, isolées ou en séries, ou accumulées en une masse semi-liquide à superficie ondulée. » (Ch. Robin.) Cette matière huileuse ou butyreuse est remplie de cellules épithéliales glandulaires, polygonales, aplaties, plissées ou non, soit isolées soit réunies en lamelles. Quelques-unes des cellules, au lieu d'être aplaties, sont sphéroïdales et encore pleines d'huile.

Composition chimique. — Dans un cas d'hypertrophie générale des glandes sébacées [1], Lutz a pu recueillir une quantité assez considérable d'humeur sébacée pour la soumettre à plusieurs analyses, et ce chimiste est arrivé aux résultats suivants sur la composition du sébum :

Pour 1000 parties.

Eau	367
Matière grasse	405
Oléine	270
Margarine	155
Acide butyrique et butyrate de soude	3
Phosphate de soude	7
Sulfate de soude	5
Chlorure de sodium	5
Albumine	2
Gélatine	87
Caséine	129

Variétés de matières sébacées. — Parfois la matière sébacée s'accumule dans les culs-de-sac glandulaires et constitue ce qu'on a appelé les *crinons* ou *comédons*. Toutefois la matière grasse entre pour fort peu de chose dans ces résidus glandulaires, qui sont surtout formés d'une accumulation de cellules épithéliales dans les follicules pilo-sébacés. L'inflammation des comédons constitue, comme on le verra dans la suite de cet ouvrage, l'*acné punctata*.

Le *smegma des petites lèvres et du prépuce*, d'après Ch. Robin, n'est

1. Voy. Lutz, *Hypertrophie générale du système sébacé*. Thèse de Paris, 1860.

également pas de la matière sébacée proprement dite, mais un résidu d'épithélium et de quelques gouttes huileuses, provenant des grosses glandes sébacées de la région.

Il en est de même de l'*enduit fœtal*, qui n'est que le résidu de la sécrétion sébacée, résidu formé d'une accumulation de cellules épithéliales simplement humectées de matière huileuse.

Le *cerumen* est aussi un produit de nature sébacée. Il est formé principalement de gouttelettes graisseuses ; mais ici le produit des glandes sébacées est intimement mélangé à celui des glandes sudoripares du conduit auditif externe ; c'est ce qui donne à cette humeur un aspect tout particulier.

§ II. — Origine, nature et usage du sébum.

Cette question a été traitée de main de maître par Ch. Robin, et nous ne pouvons mieux faire que de le citer textuellement [1] :

« L'humeur sébacée est une sécrétion purement huileuse, liquide à la température du corps humain, ce qui tient à ce que l'oléine l'emporte en quantité sur les autres corps gras, et même sur les divers autres principes qui les accompagnent.

« Ces principes offrent ceci de remarquable, que tous préexistent dans le sang et dans les éléments anatomiques de divers tissus. Il en résulte que, jusqu'à présent, on ne connaît aucun principe immédiat qui soit propre à l'humeur sébacée, aucun qui soit de formation spéciale due aux glandes qui la sécrètent, contrairement à ce qu'on observe dans les autres sécrétions provenant de parenchymes glandulaires. Sous ce point de vue elle se rapproche des excrétions produites par des parenchymes non glandulaires, comme l'urine et la sueur. Seulement les principes caractéristiques de celles-ci se forment par désassimilation des éléments de divers tissus, pour de là passer dans le sang et être éliminés par le rein ou les follicules sudoripares. Au contraire, on ne sait pas encore si les glandes sébacées ne font que prendre au sang des corps gras neutres d'origine alimentaire, ou si leurs cellules épithéliales les forment à l'aide et aux dépens des principes albuminoïdes et autres. De plus, il faut observer que les principes caractéristiques de l'urine et de la sueur sont purement excrémentitiels et accompagnés

1. *Loc. citat.*, p. 717.

d'une grande quantité d'eau, tandis que le sebum est dépourvu ou à peu près d'eau et de substances coagulables et renferme surtout des corps gras neutres, entièrement récrémentitiels, qui manquent dans l'urine et dans la sueur.

Usage du sebum. — « Le rôle principal de l'humeur sébacée est surtout un *rôle physique de protection*, se rattachant particulièrement aux propriétés de non-miscibilité de l'eau avec les corps gras. Elle protège la peau contre l'action de la sueur après la naissance, contre la macération amniotique pendant la vie intra-utérine. Elle remplit des usages du même ordre, quoique plus spéciaux, au bord des paupières, dans le canal auditif, aux petites lèvres, etc.

« L'influence protectrice du sebum à l'égard de la peau contre l'action de l'eau, qui à la longue gonfle et imbibe même la couche cornée de l'épiderme, se constate aisément; cette influence est des plus manifestes lorsqu'on observe la manière dont elle s'oppose à ce que l'épiderme et les poils soient mouillés, lorsque le corps est plongé dans l'eau. » (Ch. Robin.)

§ III. — Mécanisme de la sécrétion sébacée.

« En dehors des variations de congestion de la peau, dit encore Ch. Robin, la production de l'humeur sébacée ne présente pas de périodes d'augmentation et de diminution, soit générale, soit unilatérale, par action réflexe sous l'influence de certaines impressions, de l'ingestion et de l'absorption de certains médicaments, comme nous l'avons vu pour la sécrétion sudorale. »

La sécrétion sébacée semble être continue, sans qu'on lui connaisse de stimulant; le système nerveux ne paraît avoir aucune influence sur elle. Son mécanisme est d'ailleurs tout à fait spécial; elle est le *résultat d'une véritable rupture épithéliale.*

Naissance et reproduction de l'épithélium sébacé. — On peut suivre aussi bien ce mécanisme sur un fœtus de quatre ou cinq mois que chez l'adulte, et, chez l'un et chez l'autre, observer toutes les phases de la sécrétion sébacée, depuis la naissance des cellules ou leur reproduction jusqu'à leur distension et leur rupture.

A la face interne des culs-de-sac glandulaires, les cellules naissent sous la forme d'un corps polyédrique à protoplasma grenu; elles ré-

sultent de l'individualisation, par segmentation internucléaire, d'une substance amorphe parsemée de noyaux. C'est de la même manière dans la profondeur des culs-de-sac, que se reproduiront de nouvelles cellules, à mesure que les anciennes seront détruites.

Production de gouttes huileuses dans le protoplasma cellulaire. — Le noyau est d'abord situé très nettement au centre de la cellule. Mais, peu à peu, on voit des gouttelettes huileuses, sphériques, à bord très foncé, et de plus en plus grosses, se montrer autour du noyau. Ces gouttes multiples, devenant contiguës, remplissent bientôt toute la

Fig. 16. — Cellules épithéliales des glandes sébacées, d'après Ch. Robin (Traité des humeurs). Cellules contenues dans le liquide exprimé par pression des glandes de l'aréole du mamelon, chez une femme morte en couches. Les unes sont isolées, pleines de gouttes d'huile, accumulées, sphériques, larges de 3 à 8 millièmes de millimètre. Les autres sont encore réunies par juxtaposition en lames épithéliales. Elles sont dépourvues de noyau, leur paroi est épaisse de 3 à 5 millièmes de millimètre. Il en est dont le contenu est sorti, dont il ne reste que la paroi, aplatie, chiffonnée ou non, avec ou sans gouttes graisseuses incluses dans leur cavité qui n'est pas toujours distincte. Grossissement 450 diamètres.

cellule; la substance azotée du corps cellulaire se trouve alors refoulée à la périphérie et constitue la paroi; le noyau, repoussé d'abord dans l'épaisseur de cette paroi, ne tarde pas à s'atrophier.

Distension et rupture des cellules. — A ce moment, la cellule sébacée est transformée en une sorte de vésicule très réfringente, qui s'écarte et s'isole de la paroi où elle était implantée. Dans son intérieur, ou bien les gouttes huileuses restent distinctes et seulement contiguës, ou bien elles se fusionnent en une seule masse. Dans l'un et l'autre cas, on voit la cellule, de plus en plus distendue, se rompre; le contenu huileux tombe dans la cavité glandulaire, mêlé aux débris épithéliaux qui résultent de ce mode tout particulier de sécrétion.

Certaines cellules cependant restent entières, distendues sans se rompre, et on les retrouve au milieu de l'humeur sébacée.

Si l'on pénètre, d'une façon plus intime, dans l'acte sécrétoire essentiel, d'où résultent la formation et l'isolement des principes graisseux, on voit qu'au fond il est de même ordre que celui des autres glandes. Il consiste simplement, ainsi que le dit Ch. Robin, en un excès de la propriété d'assimilation formatrice des épithéliums pour la graisse; de même que, pour les autres glandes, la même propriété existe pour d'autres principes immédiats. Seulement, en raison de la non-miscibilité des corps gras avec les autres substances, ceux-ci, au lieu d'être rejetés molécule à molécule au travers de la paroi cellulaire par exosmose dialytique et désassimilatrice, s'accumulent dans les cellules, les distendent et avec leur rupture entraînent leur destruction; voilà toute la différence, mais l'acte physiologique initial est de même nature dans tous les cas.

Section IV. — Fonctions de sensibilité.

Les nerfs centripètes ou sensitifs de la peau présentent des fonctions multiples. Nous avons déjà indiqué leur rôle dans la sécrétion sudoripare; ils possèdent encore des fonctions générales importantes, dont le siège anatomique est difficile à déterminer d'une façon précise : telle, par exemple, leur influence comme point de départ du *réflexe respiratoire*. Mais la peau est surtout le siège de la sensibilité proprement dite, et c'est elle que nous avons spécialement en vue dans cet exposé sommaire.

Siège des perceptions sensibles. — D'observations nombreuses faites sur l'homme et dans la série animale, il résulte que le siège de la perception des sensations cutanées est incontestablement dans les terminaisons nerveuses de la peau. Mais aucune de ces terminaisons n'a de privilège à cet égard; les corpuscules de Meissner, ceux de Pacini, ceux de Krause, sont aussi aptes les uns que les autres à percevoir les sensations; ou, au moins, la physiologie n'a pas encore pu établir de distinction dans le rôle de chacun d'eux. On sait seulement que la sensibilité est d'autant plus délicate dans une région, que les terminaisons nerveuses, quelles qu'elles soient, y sont plus nombreuses.

Distinction des sensations. — C'est donc dans les corpuscules

terminaux des nerfs que s'exercent les perceptions sensitives; mais ces corpuscules, non plus que les troncs nerveux eux-mêmes, n'ont le pouvoir de distinguer le genre ou la nature de la sensation. Toutes les impressions centripètes suivent le même trajet, et c'est dans les centres que s'opère, ainsi que l'a montré Brown-Séquard, la dissociation de toutes les sensations, perçues par les mêmes appareils terminaux. Cependant nous devons dire que l'opinion de Brown-Séquard n'est pas admise par tous les physiologistes; à son hypothèse on en oppose une autre, qui explique la différence des sensations par des différences dans la transmission nerveuse; les perceptions sensitives varieraient alors avec la nature de l'excitant cutané.

Différents modes de la sensibilité. — Nous ne pouvons entrer dans la discussion de ces deux théories, dont la seconde appartient à Vulpian; l'une et l'autre sont passibles de plusieurs objections sérieuses [1]. Quoi qu'il en soit, il est certain que la sensibilité présente des modalités diverses. La distinction entre la sensibilité tactile et les autres sensibilités, qui avait échappé à Weber, qui avait été entrevue seulement par Gerdy et Gendrin, a été démontrée définitivement par Beau. Cet auteur est le premier qui ait distingué l'anesthésie proprement dite de l'analgésie [2]; ses travaux ont été complétés par Landry, Brown-Séquard et Schiff.

On est alors arrivé à distinguer six genres de sensibilité : le toucher, la pression, la température, le chatouillement, le sens musculaire, la douleur. Cette étude a été reprise par Ch. Richet, qui a ajouté encore de nouvelles sensations : la respiration, le bâillement, le vomissement, la défécation, la miction, etc. [3]. Nous n'avons pas à insister sur ces détails, car beaucoup des sensations que nous venons d'énumérer n'ont pas la peau pour siège; ce sont des modalités de la sensibilité générale.

Classification des sensations cutanées. — Pour ce qui regarde la sensibilité cutanée proprement dite, on peut, croyons-nous, établir les distinctions suivantes :

1° La sensibilité tactile (sensations de contact et de pression);

2° La sensibilité thermique (sensations de température);

1. Pour plus de détails, voyez Ch. Richet, *Recherches sur la sensibilité*, 1877, p. 199.
2. Voy. *Recherches sur l'anesthésie* (*Archives générales de méd.*, 1848).
3. Voy. Richet, *loc. cit.*, p. 207.

3° La sensibilité à la douleur.

L'ensemble des deux premières sensibilités (au contact et à la température), que Ch. Richet appelle sensibilités perceptives, constitue le *sens du toucher*[1].

Sensibilité tactile. — La sensibilité tactile, proprement dite, est celle qui est provoquée par une excitation mécanique de la peau. Elle diffère de la sensibilité à la température, de même que celle-ci diffère de la sensibilité à la douleur, car on peut observer des anesthésies de chacune de ces sensibilités en particulier, avec conservation des deux autres.

Les sensations tactiles sont de deux sortes : *sensations de contact* et *sensations de pression;* mais ce ne sont que les deux degrés du même phénomène, correspondant à ce que d'autres ont appelé la *sensibilité superficielle* et la *sensibilité profonde.*

Les sensations de contact ou de pression sont très inégalement réparties à la surface du corps. Elles possèdent leur plus grande délicatesse à la pointe de la langue et au bout des doigts : aussi le sens du toucher est-il presque entièrement localisé dans les extrémités digitales. Pour reconnaître quelle est l'excellence de la sensibilité tactile, dans les différentes régions, on emploie généralement le compas de Weber ; on peut se servir aussi de l'esthésiomètre de Sieveking ou de celui de Manouvriez[2]. Avec le compas de Weber, on constate quel écartement il faut donner aux deux pointes, pour qu'elles produisent chacune une sensation distincte : plus cet écartement est petit, plus la sensibilité est délicate. Vierordt appelle *sens du lieu* cette sensibilité, qui permet de distinguer deux points différents[3]. Il a constaté ainsi que la sensibilité tactile était, d'une manière générale, d'autant plus exquise qu'on s'éloignait davantage de l'axe de rotation du membre. « Si, avec Küss et M. Duval[4], on appelle *cercle de sensation* l'étendue de la surface de la peau où l'impression des deux pointes du compas se confond en une seule, on voit que l'étendue de ces cercles de sensation est très variable suivant les parties du corps considérées : très petite à la pointe de la langue, elle devient très considérable vers les parties dorsales du tronc. » Ainsi, à la pointe de la langue, il suffit

1. Voy. Ch. Richet, *loc. cit.*, p. 216.
2. Voy. Manouvriez. Th. inaugurale, Paris, 1876, et Archives de physiol., 1876.
3. Voy. *Zeitschrift für biologie*, 1870.
4. Voy. Küss et Duval, *Manuel de physiologie*, 2e édition, p. 462.

de 1 millimètre d'écartement pour que les deux pointes du compas soient senties séparément; cet écartement doit être porté à 2 millimètres pour la paume et à 12 millimètres pour le dos de la main ; sur la région dorsale du tronc, il faut 5 ou 6 centimètres, etc. Avec les éléments ainsi déterminés par Vierordt et dont nous ne pouvons donner qu'un aperçu très sommaire, on voit, si l'on se reporte aux données anatomiques, que l'étendue des cercles de sensation est d'autant plus petite, que la richesse de la peau en corpuscules tactiles est plus grande toute abstraction faite d'ailleurs des modifications qui peuvent dépendre de l'attention, de l'exercice, de l'habitude ou d'autres influences.

« Cependant, ainsi que le fait remarquer Ch. Richet (*loc. cit.*), il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de saisir quelle est exactement la limite de la sensation. Il y a pour chaque région de la peau une étendue très nette, où, par l'application de deux pointes, on ne perçoit qu'une seule pointe ; mais au delà de cette zone en existe une autre, d'autant plus étendue, que la sensibilité tactile est moins développée : c'est une *zone d'indécision*, dans laquelle les sujets ne peuvent dire si on les touche avec deux pointes ou avec une seule. »

Au moyen du compas de Weber, Ch. Richet a encore observé quelques faits intéressants et nouveaux dans le domaine de la sensibilité tactile. Il a exploré, par exemple, l'état de la sensibilité cutanée à la surface de tumeurs volumineuses ; chez une femme qui portait un sarcôme de la cuisse, gros comme une tête d'enfant, il fallait un écartement de 20 centimètres pour que les deux pointes du compas soient perçues ; chez un autre malade, à la surface d'une tumeur du scrotum, il fallait 9 centimètres : et de même dans tous les cas observés ; le fait est constant.

Lorsqu'une cicatrice réunit deux portions de peau primitivement éloignées, la sensation des pointes est toujours perçue séparément, si minime que soit leur écartement, pourvu que chacune d'elles soit sur un côté distinct de la cicatrice.

C'est aussi à Ch. Richet qu'est due l'observation de la sensibilité à la surface des plaies. Sur les plaies granuleuses, la notion de contact est très obscure ; si l'on met les deux pointes sur la plaie, le malade ne sent qu'un écartement de 6 à 10 centimètres. Si, au contraire, on met une seule pointe sur la plaie, et l'autre sur la peau qui l'entoure, on n'obtiendra qu'une seule sensation même avec un écartement du double, c'est-à-dire de 12 à 20 centimètres.

Sensibilité thermique. — On voit donc que la sensibilité tactile présente un développement bien différent suivant les cas et suivant les régions qu'on examine. La *sensibilité thermique* n'offre pas les mêmes différences ; la sensation de température se fait en général et presque indifféremment par toute la surface de la peau. Cependant il est certaines parties que nous employons plus spécialement pour apprécier la chaleur des corps : par exemple, les lèvres, les joues, le dos de la main. Si l'on veut juger de la température d'un malade, c'est du dos de la main et non de la paume qu'on se sert communément.

Il est d'ailleurs remarquable que la sensibilité thermique ne fournit que des notions relatives. Elle ne peut donner d'une manière absolue la température de la peau, mais seulement indiquer son augmentation ou sa diminution. En d'autres termes, elle agit seulement par comparaison, et apprécie les différences de température entre deux régions du même corps ou entre deux corps différents.

Ainsi que le disent très bien Küss et M. Duval[1], « pour que la sensibilité thermique soit mise en jeu, il faut que les températures appréciées soient entre 0° et 70° centigrades ; en dehors de ces extrêmes, nous n'éprouvons plus que des sensations douloureuses de froid ou de chaud, et nous ne pouvons plus juger d'une différence de quelques degrés ; c'est entre 30 et 50° que nous jugeons le mieux d'une faible variation dans la température d'un corps ; en d'autres termes, la température est d'autant mieux appréciée qu'elle se rapproche davantage de notre température propre. »

La thermoesthésie est intéressée séparément dans un certain nombre de cas pathologiques, et c'est ce qui prouve encore son indépendance. Il est rare, il est vrai, d'observer sa paralysie isolée, mais au contraire sa persistance au milieu de l'anesthésie générale ou même son exagération sont des faits connus de tous. C'est à ce mode spécial de la sensibilité qu'il faut rapporter les sensations subjectives de chaleur observées dans quelques maladies du système nerveux, et spécialement dans la maladie de Parkinson. Cette sensation de chaleur se retrouve encore dans l'empoisonnement par l'arsenic et par la belladone.

Sens musculaire. — La sensibilité tactile et la sensibilité thermique constituent donc essentiellement, comme nous l'avons déjà dit, le sens

1. Voy. Küss et Duval, *loc. cit.*, p. 461.

du toucher. Mais, de l'avis de la plupart des physiologistes, le toucher est complété par un nouvel ordre de sensation, le *sens musculaire*, sur lequel nous ne pouvons nous appesantir, car il est en dehors de la physiologie cutanée proprement dite. Bien que Vulpian ait nié son existence [1], le sens musculaire est généralement admis. Et en effet, pour prendre la notion exacte d'un objet, nous ne nous contentons pas de le toucher, mais nous le pressons, nous le pesons en quelque sorte, et c'est seulement de cette manière que nous pouvons juger de sa résistance, de sa consistance et de son poids : or toutes ces données sont fournies par le sens musculaire.

Sens du toucher. — Envisagé de cette manière, et considéré comme le résultat de trois sensibilités distinctes, le *sens du toucher* est le sens qui nous met en rapport avec le monde extérieur, en nous faisant connaître la forme, le volume, la résistance, le poids et la température des corps.

« Les fonctions du toucher sont d'autant plus développées que les régions considérées sont plus riches en nerfs et en corpuscules tactiles : ainsi les organes dont nous nous servons de préférence sont les mains, la langue, les dents ; il ne faut pas oublier la plante des pieds, qui est un organe de toucher permanent pendant la marche, et qui, jugeant de la nature du sol, détermine et modifie le réflexe de la locomotion, presque sans que la conscience et la volonté aient besoin d'intervenir. » (Küss et Duval [2].) Par l'exemple de la région plantaire, dont les sensations sont très délicates, on voit que l'épaisseur de l'épiderme n'est pas un obstacle à l'exercice de la sensibilité de la peau. Il en est de même des dents, qui, quoique recouvertes d'un enduit très dur d'épithélium modifié (les cellules de l'émail), sont cependant le siège d'une sensibilité exquise.

Sensibilité à la douleur. — Depuis longtemps, la sensibilité à la douleur est considérée comme une sensibilité spéciale, différente de la sensibilité tactile, et personne ne confond plus aujourd'hui l'analgésie avec l'anesthésie proprement dite.

Nous devons dire cependant que certains auteurs, considérant toutes les sensations comme les différents degrés d'une excitation de même nature, regardent les sensations douloureuses comme représentant le

1. Voy. Vulpian, article Moelle du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.
2. Voy. Küss et Duval, *loc. cit.*, p. 460.

degré le plus élevé de l'excitation cutanée. Mais cette manière de voir ne peut être admise, car elle est démentie d'une manière absolue par les faits cliniques : il n'est pas rare, spécialement chez les hystériques. de voir la sensibilité à la douleur abolie, alors que tous les autres modes de sensibilité persistent dans leur intégrité.

Cette sensibilité est d'ailleurs généralement la première supprimée ; dans l'anesthésie chloroformique, par exemple, avant que l'insensibilité soit complète, il arrive un moment où la douleur n'est plus perçue, alors que les sensations tactiles sont encore conservées ; qu'on prolonge un peu plus longtemps les inhalations de chloroforme, et l'anesthésie sera totale. C'est cette faculté de demi-insensibilisation, si l'on peut dire, qu'on a voulu utiliser, dans ces derniers temps, pour l'anesthésie dite obstétricale. Mais il ne faut pas oublier que le moment précis, où l'analgésie n'est pas encore de l'anesthésie, est, expérimentalement, assez difficile à rencontrer, la susceptibilité étant loin d'être la même chez tous les individus ; de sorte que l'analgésie obstétricale ne nous semble pas un procédé pratique dans la majorité des cas.

DEUXIÈME PARTIE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE DE LA PEAU

Avant d'aborder la description des maladies de la peau en particulier, il nous semble utile de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les lésions cutanées, prises en général. Ce préambule sera la meilleure introduction à l'histoire des maladies, aussi nombreuses que variées et complexes, qui peuvent atteindre le tégument externe. Il facilitera singulièrement leur étude en la simplifiant.

La pathologie générale des affections de la peau comprend : la séméiologie, l'anatomie pathologique générale, la marche, le diagnostic, le pronostic, l'étiologie et le traitement, et enfin la classification, qui est encore aussi difficile à établir d'une façon précise, dans l'état actuel de la science, qu'elle l'était au commencement du siècle dernier. A propos de l'étiologie, nous passerons en revue, en les discutant, les principales doctrines qui ont été émises sur la nature des affections cutanées.

Nous commencerons par la séméiologie, que nous considérons comme la partie la plus importante de cette étude, parce que, de fait, en dermatologie, *la lésion et le symptôme se confondent*. Il nous paraît donc indispensable d'étudier ces lésions, dès le début, et de fixer l'importance qu'elles doivent avoir au point de vue du diagnostic. Car, tel est le point le plus difficile et en même temps le plus nécessaire à connaître, celui qui doit guider le praticien vers le but auquel tendront tous ses efforts, c'est-à-dire vers une thérapeutique rationnelle et efficace.

on peut se demander s'il est exact d'envisager cette lésion comme
nitale. Il serait possible qu'elle tînt plutôt à un vice de la sécré-
pigmentaire, donnant à la peau un aspect chagriné noir et blanc.
même groupe appartient encore une affection très rare, la *ni-*
e ou coloration noire de la peau. Cette affection consiste en pla-
isolées, noires, laissant des intervalles de peau saine, que l'on
ve de préférence sur les bourses, les mains et le devant de la poi-
e. On a prétendu d'ailleurs que cette altération n'était pas congé-
le, mais survenait pendant la vie.

Macules par défaut de pigment. — L'absence de pigment peut
e généralisée ou localisée.

Quand le pigment fait absolument défaut sur toute la surface du
ps, on se trouve en présence de l'état pathologique désigné sous le
d'albinisme. Les albinos ont la peau d'un blanc fade, comparable
ait, les cheveux et les poils blancs ou sans couleur, l'iris d'un rose
et la pupille rouge.

*le pigm*ent ne manque que par places, on aperçoit à la surface de
u des taches blanches, de nombre et de configuration variables,
*nstitu*ent ce qu'on appelle le *vitiligo*. Mais il est très rare que
fection soit congéniale; le plus souvent, elle survient pendant la
us en parlerons plus loin.

cules vasculaires. — Les colorations morbides de la peau, qui
es à une altération de la trame vasculaire, forment le groupe
ectasies ou des *nævi*.

ce sont des plaques d'un rouge vif, comparé à la fraise ou à
lle, légèrement élevées, le plus souvent indolentes, mais par-
ureuses et faciles à s'exulcérer, et désignées sous le nom de
riels. Ces angiectasies ne sont pas seulement constituées par
on des capillaires préexistants, mais encore par le développe-
vaisseaux nouveaux. D'autres fois, la coloration est plus som-
est violacée, lie de vin : c'est pourquoi on considérait ces
me d'origine veineuse ; en réalité, ils sont formés les uns et
par des capillaires.

e une variété spéciale de nævus, généralement mais non
ongéniale, et dont la description appartient à Willan : c'est
aneus, ainsi appelé parce qu'il est constitué par une plaque
à partent des prolongements ramifiés qui le font ressembler

CHAPITRE PREMIER

SÉMÉIOLOGIE GÉNÉRALE DES AFFECTIONS CUTANÉES

Une première question se pose : Quel plan, quelle méthode faut-il suivre dans cette étude? Sans empiéter sur la classification, nous devons cependant indiquer dès maintenant l'ordre que nous croyons préférable d'adopter, pour l'exposé séméiologique des lésions de la peau.

A l'exemple des auteurs qui nous ont précédés, nous adopterons la classification morphologique de Willan.

Ce n'est pas que cette classification de Willan soit vraiment médicale, car elle confond trop de maladies disparates; elle place, par exemple, l'ecthyma à côté de la variole dans la classe des pustules. Mais ce n'est pas comme classification des affections cutanées que nous l'adoptons, nous la considérons seulement comme une *classification des lésions,* et à ce point de vue elle est excellente.

Avant Willan et Bateman, on avait surtout étudié les lésions pustuleuses et croûteuses. Ces auteurs eurent le mérite de distinguer, les premiers, les autres genres d'altérations de la peau, et de les classer dans un ordre indispensable à connaître pour le médecin qui veut arriver à la précision dans le diagnostic.

D'après Willan et Bateman, les lésions de la peau sont *primitives* ou *secondaires.* Nous modifierons de la manière suivante leur classification :

Les lésions primitives sont :

1° Les altérations de coloration (macules ou taches),

2° Les vésicules,

3° Les bulles,
4° Les pustules,
5° Les papules,
6° Les tubercules,
7° Les squammes.

Les lésions secondaires ou deutéropathiques sont :

1° Les excoriations et les ulcérations,
2° Les croûtes,
3° Les cicatrices.

Comme autres affections secondaires, nous considérerons encore les *hypertrophies* ou tumeurs et les *atrophies*. Et enfin, pour terminer, nous examinerons la valeur séméiologique des altérations purement fonctionnelles :

Altérations de la sensibilité, hyperesthésie et anesthésie ;
Troubles divers de sécrétion, hyperhydrose, anhydrose, etc.

TITRE PREMIER

Lésions élémentaires.

Section I. — Altérations de coloration. Macules ou taches.

Ce chapitre est peut-être le plus étendu de la pathologie cutanée.

Les taches de la peau peuvent être *congéniales* ou *acquises ;* pour les unes et pour les autres, la plupart des auteurs emploient indistinctement les dénominations de taches ou de macules. D'autres appellent macules celles qui ne s'effacent pas sous la pression du doigt, et réservent le nom de taches à celles qui disparaissent par ce mécanisme. Afin de fixer les idées et d'attacher un sens précis à chacune de ces expressions, nous appellerons *macules* les *altérations de coloration congéniales*, et *taches*, *celles qui sont acquises*.

Il est encore utile d'établir d'autres distinctions ; les macules ou les taches sont de nature variée :

Taches pigmentaires,
Taches hématiques,
Taches vasculaires.

Enfin, par rapport à leur cause, elles peuvent être :

De cause externe,

De cause interne,

Pathogénétiques ou provoquées par l'ingestion de certaines substances, de certains médicaments.

§ 1. — Macules.

Elles sont de différentes sortes :

1° Par excès de pigment ;

2° Par défaut de pigment ;

3° Macules vasculaires.

1° **Macules par augmentation de pigment.** — Ces macules sont circonscrites, généralement arrondies, d'un diamètre qui varie de l'étendue d'une lentille à celle d'une pièce de 2 francs. Elles ont une coloration bistre noirâtre ; elles forment une petite élevure au-dessus de la peau qui les entoure, mais leur surface est lisse. Glabres ou recouvertes de poils (nævi pigmentaires pileux), elles ne sont le siège d'aucune hyperesthésie, cuisson ou démangeaison ; au contraire, leur sensibilité est moins vive que celle du reste de la peau.

Ces macules appartiennent à plusieurs affections distinctes :

En premier lieu, elles peuvent résulter d'une altération dans la distribution du pigment à la surface de la peau. Leur coloration varie de la terre de Sienne au brun marron. A cette classe appartiennent les *taches de rousseur* ou *lentigines*, petites plaques arrondies, ressemblant à des lentilles, que l'on rencontre de préférence sur les peaux très fines et chez les personnes qui ont les cheveux blonds ou roux ; elles peuvent se généraliser, mais leur confluence est marquée surtout au visage et à la face dorsale des mains. Remarquons, dès maintenant, que ce lentigo, qui est presque toujours congénial, dans certains cas cependant peut être acquis.

Conjointement aux lentigines, on observe encore d'autres taches indolentes, légèrement élevées et ne s'effaçant pas sous la pression du doigt. Elles dépendent aussi d'une altération dans la distribution du pigment. Nous voulons parler des *nævi pigmentaires*. Au-dessus d'eux, la peau est lisse ; quelquefois ils sont légèrement bosselés et recouverts de poils. Ils se rencontrent partout à la surface des téguments.

D'autres macules pigmentaires peuvent résulter d'une lésion particulière de l'épiderme, qui constitue ce qu'on a appelé l'*ichthyose noire*.

Mais on peut se demander s'il est exact d'envisager cette lésion comme congénitale. Il serait possible qu'elle tînt plutôt à un vice de la sécrétion pigmentaire, donnant à la peau un aspect chagriné noir et blanc.

Au même groupe appartient encore une affection très rare, la *nigritie* ou coloration noire de la peau. Cette affection consiste en plaques isolées, noires, laissant des intervalles de peau saine, que l'on trouve de préférence sur les bourses, les mains et le devant de la poitrine. On a prétendu d'ailleurs que cette altération n'était pas congénitale, mais survenait pendant la vie.

2° **Macules par défaut de pigment.** — L'absence de pigment peut être généralisée ou localisée.

Quand le pigment fait absolument défaut sur toute la surface du corps, on se trouve en présence de l'état pathologique désigné sous le nom d'*albinisme*. Les albinos ont la peau d'un blanc fade, comparable au lait, les cheveux et les poils blancs ou sans couleur, l'iris d'un rose pâle et la pupille rouge.

Si le pigment ne manque que par places, on aperçoit à la surface de la peau des taches blanches, de nombre et de configuration variables, qui constituent ce qu'on appelle le *vitiligo*. Mais il est très rare que cette affection soit congéniale; le plus souvent, elle survient pendant la vie ; nous en parlerons plus loin.

3° **Macules vasculaires.** — Les colorations morbides de la peau, qui sont dues à une altération de la trame vasculaire, forment le groupe des *angiectasies* ou des *nævi*.

Tantôt ce sont des plaques d'un rouge vif, comparé à la fraise ou à la groseille, légèrement élevées, le plus souvent indolentes, mais parfois douloureuses et faciles à s'exulcérer, et désignées sous le nom de nævi artériels. Ces angiectasies ne sont pas seulement constituées par la dilatation des capillaires préexistants, mais encore par le développement de vaisseaux nouveaux. D'autres fois, la coloration est plus sombre; elle est violacée, lie de vin : c'est pourquoi on considérait ces nævi comme d'origine veineuse ; en réalité, ils sont formés les uns et les autres par des capillaires.

Il existe une variété spéciale de nævus, généralement mais non toujours congéniale, et dont la description appartient à Willan : c'est le *nævus araneus*, ainsi appelé parce qu'il est constitué par une plaque rouge, d'où partent des prolongements ramifiés qui le font ressembler à une araignée.

Ces télangiectasies, au lieu d'être localisées, peuvent être généralisées et répandues sur toute la surface du corps. Nous en avons observé plusieurs exemples, sur lesquels nous reviendrons à propos des télangiectasies acquises.

§ 2. — Taches.

Nous considérons maintenant les taches acquises. Elles peuvent être :

1° De nature pigmentaire ;

2° Vasculaires et hématiques ;

3° Exanthématiques ou congestives et inflammatoires.

I. Taches pigmentaires. — Par augmentation ou par diminution de pigment.

A. Taches par excès de pigment. — En général, elles sont indolentes, ne s'effacent pas par la pression du doigt. Elles ne provoquent pas de démangeaisons, et le plus souvent on ne remarque aucune desquamation à leur surface. Leur coloration varie du bistre au noir. Elles comprennent, suivant leurs causes, trois groupes :

a. les taches symptomatiques ou de cause interne, produites par une altération générale ;

b. les taches pathogénétiques ;

c. les taches dues à une cause extérieure et qui dépendent d'une simple lésion locale.

a. Parmi les altérations pigmentaires *de cause interne*, nous mentionnerons d'abord les *éphélides* ou *taches hépatiques*. Leur coloration est ardoisée, et leur diamètre varie d'une pièce de 50 centimes environ à 3 ou 4 centimètres. Elles siègent sur les paupières inférieures, sur les joues et sur les mains. On les voit de préférence se développer chez les personnes bilieuses, sous l'influence de la chaleur et des excès de toutes sortes.

Le *chloasma* ou masque des femmes enceintes est aussi une altération pigmentaire, dont le siège d'élection est sur le front et sur les joues : ces taches n'occasionnent ni démangeaison ni cuisson. Bazin, bien à tort selon nous, en a fait une affection parasitaire.

Dans le *sclérème des adultes*, il existe sur le cou, au pli des bras, sur la nuque, sur la poitrine, des taches particulières, légèrement bistrées, qui s'accompagnent souvent de productions papilliformes

La *lèpre* présente également des altérations pigmentaires fort remarquables. Tantôt les taches tiennent à une diminution dans la quantité de pigment : ce sont des plaques blanchâtres, au niveau desquelles les téguments sont anesthésiés. Sur d'autres parties au contraire, où le pigment s'accumule, la coloration varie depuis le jaune fauve jusqu'au brun foncé. La peau devient lisse, et l'épiderme se détache par squames légères.

Dans la *pellagre*, la pigmentation est localisée sur les parties découvertes, c'est-à-dire sur le visage et sur les mains. Les pieds sont souvent atteints de la même façon chez les paysans des Landes et des Asturies, qui marchent habituellement sans chaussures et restent constamment exposés aux rayons solaires. Cette pigmentation est quelquefois accompagnée de troubles de la sensibilité ; mais elle n'est pas persistante, et elle est annuelle ; elle présente une évolution spéciale : elle débute par de la rougeur simple, qui dure du mois de mars au mois de mai ; en mai apparaît la coloration bistre étalée en nappe et qui persiste jusqu'en septembre ou octobre ; à ce moment, la peau commence à desquamer, et d'autres accidents surviennent, dont nous n'avons pas à nous occuper, du côté du système nerveux et de l'appareil digestif.

Les altérations pigmentaires de la *syphilis* peuvent être divisées en primitives et consécutives.

La *syphilide pigmentaire primitive* décrite par Hardy est très rare ; elle apparaît trois ou quatre mois après le chancre et se développe sur la nuque et sur les parties latérales du cou. Ses bords ne sont pas nettement délimités ; elle n'est accompagnée d'aucun trouble de la sensibilité, ni douleur, ni cuisson, ni démangeaison.

Mais, habituellement, les taches pigmentaires dans la syphilis surviennent tardivement, secondairement, et ces *pigmentations secondaires* sont au contraire très fréquentes. Ce sont les derniers vestiges des éruptions papuleuses et tuberculeuses, ou encore des syphilides ulcéreuses. Ces taches présentent une teinte bistre ou cuivrée tout à fait caractéristique ; elles reposent sur une légère dépression cicatricielle. Leur dimension est variable ; dans les tubercules et dans les papules lenticulaires, elles affectent la forme de la lésion primitive. Elles ne provoquent ni démangeaison ni cuisson. Leur coloration brunâtre, d'ailleurs, tend à disparaître avec le temps, en se résorbant du centre à la circonférence ; de sorte qu'il arrive un moment où cer-

taines taches sont blanches au centre et bistrées à la périphérie, et d'autres ne sont plus représentées que par une plaque blanche déprimée et un peu gaufrée.

Il est enfin une maladie spéciale dont la description n'est pas de date bien ancienne et dans laquelle la pigmentation cutanée est tellement importante qu'elle a servi à dénommer l'affection : nous voulons parler de la *maladie d'Addison* ou maladie bronzée. Les taches sont d'abord isolées, quoique mal délimitées, disséminées sur les téguments, mais occupant de préférence les aines, les flancs, puis le cou, le visage et les mains. Mais, au bout d'un certain temps, les taches sont confluentes, se réunissent et se confondent, et la coloration devient générale. Très souvent aussi, les muqueuses revêtent la même teinte, particulièrement la muqueuse palatine et celle des joues.

Dans les *cachexies*, on observe aussi des altérations de coloration généralisées ou au moins très étendues, qui présentent une importance considérable pour le diagnostic; mais peut-être est-ce un excès de généralisation que de rattacher ces teintes cachectiques aux altérations pigmentaires. En réalité, ce sont des altérations de la nutrition cutanée; et, pour la phthisie par exemple, on a prétendu que la coloration était due simplement à des accumulations épidermiques sans pigment. Quoi qu'il en soit, en dehors de la *phthisie*, on observe ces altérations de couleur dans plusieurs maladies chroniques, notamment dans certaines néphrites et principalement l'interstitielle. Dans le *cancer*, la peau revêt une teinte jaune paille caractéristique. Dans l'*intoxication saturnine*, l'ictère sanguin ou hémaphéique, si fréquent dans cette affection, laisse à sa suite des dépôts de pigment, provenant de la destruction globulaire rapide, et d'où résulte une teinte particulière de la peau. C'est au moins de cette façon, croyons-nous, qu'il faut expliquer la coloration spéciale des saturnins. Il faut se garder de confondre cette coloration avec la teinte noirâtre qu'on observe quelquefois chez eux à la surface des téguments, autour des ongles principalement, et qui est due au dépôt plombique éliminé par la peau et réduit à l'état de sulfure, par des agents extérieurs de diverses sortes.

Nous ne parlons pas, bien entendu, de l'ictère biliaire, qui n'a rien à voir avec les altérations pigmentaires et qui résulte de l'imprégnation bilieuse des tissus.

b. Les *altérations pigmentaires pathogénétiques*, c'est-à-dire celles qui surviennent après l'absorption longtemps prolongée de certaines sub-

stances médicamenteuses, se généralisent quelquefois. De ces altérations pigmentaires ou pseudo-pigmentaires, la plus connue est la coloration ardoisée de la peau qu'on observe à la suite de cautérisations répétées (de la bouche, de la gorge, du larynx, etc.), par des solutions de *nitrate d'argent*, ou par le fait d'un long usage de cette substance administrée comme médicament interne, généralement sous forme pilulaire [1]. C'est une coloration ardoisée claire caractéristique, rappelant la teinte plombée de l'asphyxie. On ne l'observe plus aujourd'hui autant qu'autrefois, parce que le nitrate d'argent n'est plus employé aussi souvent; mais il fut un temps où il constituait le traitement habituel de l'épilepsie, et, à cette époque, on voyait, quelquefois, à Bicêtre ou à la Salpêtrière, des individus qui présentaient la coloration dont nous venons de parler.

L'arsenic, les sels de fuchsine, employés à l'intérieur, donnent lieu également à une coloration spéciale de la peau. Sous l'influence du traitement arsenical, les plaques rouges du psoriasis sont remplacées par des taches fauves ou bistrées. Cependant il faut savoir qu'il y a des plaques de psoriasis qui deviennent bistrées, chez des malades qui n'ont pas pris d'arsenic.

c. Les *pigmentations cutanées de cause externe* sont extrêmement nombreuses. En premier lieu, on peut les observer comme *lésions consécutives des affections de la peau.* Tout le monde connaît la pigmentation du scrotum, par exemple, à la suite d'anciens eczémas, ou encore la coloration brune cuivrée, que prennent les téguments qui recouvrent les membres affectés de varices. C'est dans le même ordre d'idées qu'il faut citer la pigmentation de la peau qui succède, dans certains cas, aux traumatismes.

Certaines *affections parasitaires* (*pediculi corporis*) laissent souvent, comme trace de leur existence, une pigmentation particulière de la peau, déterminées par les lésions d'un grattage fréquent et prolongé.

Dans le *pityriasis versicolor*, on trouve également une coloration anormale, rappelant la couleur du café au lait, accompagnée de démangeaisons, ce qui la distingue des taches syphilitiques. Mais cette coloration n'est pas due, quoi qu'on en ait dit, à une inégale répartition du pigment cutané; elle dépend de la présence d'un cham-

1. Voy. Huet, Thèse de Paris.

pignon spécial (microsporon furfur); en d'autres termes, cette affection n'est autre chose qu'une crasse parasitaire.

Le trichophyton tonsurans de la *teigne tondante* rend la peau grisâtre; dans la *pelade*, au contraire, ainsi que nous le verrons plus loin, la peau se décolore et s'atrophie. Enfin, d'après les recherches récentes de M. Duguet, les *taches bleues* observées dans la fièvre typhoïde auraient aussi une origine parasitaire.

C'est encore dans la classe des pigmentations de cause externe qu'il faut ranger toutes les *mélanodermies professionnelles*, dont la connaissance peut être d'une si grande importance en médecine légale. Les mineurs, les charbonniers, les forgerons, présentent une teinte particulière, une sorte de pointillé noir, surtout appréciable aux mains. Ce pointillé tient à ce que des parcelles de houille, que le lavage ne parvient pas à enlever, pénètrent à la longue et s'accumulent dans les follicules.

Les tailleurs de grès, qui ne prennent pas de masque, ont aussi le visage et les mains piqués par un pointillé bistre, dû non seulement au grès, mais aussi au plomb employé pour *aveugler* les meules.

Les brunisseurs présentent une teinte bistrée de la face dorsale des doigts. Chez ceux qui travaillent le cuivre, les cheveux prennent un reflet verdâtre caractéristique, et cette coloration verte siège aussi sur les ongles et sur les dents, en pénétrant jusque dans l'émail.

Quant au *tatouage* proprement dit, il résulte de l'introduction dans l'épaisseur de la peau de matières colorantes diverses.

L'action prolongée du soleil et du feu ardent peut aussi déterminer des pigmentations de la peau, chez les personnes à peau fine et chez tous ceux qui sont exposés aux intempéries atmosphériques. C'est de cette façon que se produisent le *lentigo acquis*, les *éphélides ignées* et la coloration foncée uniforme de la peau connue sous le nom de *hâle*.

B. Taches par diminution ou absence de pigment. — Les plus importantes de ces taches constituent le *vitiligo acquis*, analogue par son aspect au vitiligo congénital. Dans cette affection, on trouve sur divers points de la peau et principalement sur les bourses, sur la verge, sur les mains et sur la face, des taches blanches de forme irrégulière, sur lesquelles les poils eux-mêmes sont décolorés. Le plus souvent, au pourtour de ces taches, on observe une pigmentation exagérée, de sorte qu'en somme on peut considérer le vitiligo comme le résultat d'une inégale distribution du pigment.

Les *décolorations secondaires* de la peau peuvent succéder à diverses affections cutanées, à celles qui sont d'origine syphilitique particulièrement; nous avons déjà signalé la marche de la lésion dans ces cas-là. Mais les atrophies de pigment reconnaissent encore d'autres causes, parmi lesquelles nous citerons : les émotions vives, la pression prolongée sur un membre, soit par un bandage herniaire par exemple, soit par un appareil de fracture, les chancres phagédéniques, certains eczémas des bourses, les brûlures, qui laissent, après leur guérison, une cicatrice blanche absolument dépourvue de pigment, enfin certaines affections parasitaires, et surtout la *teigne pelade*, dans laquelle le cuir chevelu présente, sur divers points, une décoloration absolue. Cette dernière maladie est caractérisée par une lésion des follicules pileux et une atrophie consécutive du derme, qui explique la sensation de constriction ressentie par quelques malades sur le sommet de la tête.

II. Taches vasculaires et hématiques. — Les unes sont dues au développement exagéré des vaisseaux, les autres simplement à l'infiltration sanguine.

Ces taches sont foncées, de couleur lie de vin, et ne provoquent ni douleur, ni cuisson, ni démangeaisons, sauf dans une variété de purpura, le *purpura urticans* ou *lichen hémorrhagique*. Ce caractère les distingue des taches congestives. Leur surface est lisse, non saillante et généralement sans desquamation épidermique; elles ne s'effacent pas sous la pression du doigt. Quant à leur étendue, elle varie des dimensions d'une tête d'épingle à la surface d'un membre tout entier.

Lorsqu'elles se résorbent, ce qui est le propre des taches hématiques proprement dites, elles passent successivement du livide au bleu, puis au jaune, absolument comme les ecchymoses.

Les *taches vasculaires* sont les *télangiectasies*, bien décrites par Rayer et par Hebra. Elles sont généralisées ou localisées. Cette lésion est rare; cependant nous en avons observé plusieurs exemples à l'hôpital Saint-Louis.

D'après nous, le *purpura simplex* lui-même, qu'on considère généralement comme le résultat d'une suffusion sanguine, n'est autre chose qu'une angiectasie capillaire, autour des follicules sébacés et pileux. Il est constitué par des taches très petites, qui mesurent généralement le diamètre d'un grain de chènevis. Cette variété de purpura est observée notamment dans certains cas de rhumatisme, où elle a été décrite sous la dénomination impropre de péliose rhumatismale. Ce

purpura siège surtout aux membres inférieurs; il revient par poussées successives, en s'accompagnant souvent de fièvre et de douleurs articulaires.

Les *taches hématiques*, qui dépendent de l'infiltration sanguine, sont plus nombreuses et bien plus fréquentes que les précédentes.

Elles comprennent le purpura hémorrhagique, les pétéchies et les suffusions hémorrhagiques d'origine traumatique.

Le *purpura hémorrhagique*, quelle qu'en soit la cause, est caractérisé par des taches irrégulières, plus étendues que celles du purpura simplex, d'une couleur livide, et qui deviennent jaunes en se résorbant. Ces taches peuvent être accompagnées d'hémorrhagies dans les autres organes. On les observe dans le *scorbut* et dans la *maladie de Werlhoff* (morbus maculosus).

C'est encore dans cette classe qu'il faut placer le *purpura cachectique*, et les taches hémorrhagiques observées chez quelques vieillards, et dues à une rupture vasculaire, conséquence directe d'une grande gêne dans la circulation générale.

Les *pétéchies* sont des taches rougeâtres, plus ou moins foncées, qui diffèrent des précédentes en ce qu'elles présentent une sorte de pointillé; on les rencontre quelquefois dans la *fièvre typhoïde*, mais surtout dans le *typhus*. On les voit aussi dans la *peste*, où elles prennent rapidement le caractère gangréneux.

Enfin les traumatismes, comme les contusions, les plaies contuses qui déterminent des ruptures vasculaires, ont pour résultat des *infiltrations sanguines*, qui passent par toutes les couleurs caractéristiques de la résorption des ecchymoses.

Les piqûres d'insectes et celles qui sont causées par certains végétaux, comme les orties, produisent aussi des taches purpuriques fugaces, qui sont dues au même mécanisme que les précédentes.

III. Taches congestives et inflammatoires. — Elles comprennent deux classes :

1° Celles qui constituent à elles seules toute l'affection,

2° Celles qui marquent le début d'une autre affection cutanée.

C'est en effet par de la rougeur que commencent toutes les affections vésiculeuses, bulleuses, pustuleuses, papuleuses, etc. Mais l'étude des taches de cette catégorie sera mieux placée avec les affections auxquelles elles appartiennent. Nous n'examinerons maintenant que les lésions de la première classe.

Les altérations de coloration de la peau d'origine congestive ou inflammatoire renferment trois groupes de lésions :

1° Les *érythèmes*,

2° L'*érysipèle* et l'*angéioleucite*,

3° Les *exanthèmes fébriles*, dont la lésion est constituée par des taches.

Leurs caractères généraux sont les suivants : Leur coloration varie depuis le rose jusqu'au rouge vif. Elles sont souvent le siège d'une tension douloureuse et quelquefois de cuisson et de démangeaison; leur terminaison se fait par desquamation. Elles s'effacent généralement sous la pression du doigt. Elles sont tantôt localisées à une région, tantôt généralisées (rougeole, scarlatine). Il n'est pas rare de les voir accompagnées de fièvre et d'état gastrique.

Les lésions anatomiques de ces taches congestives sont très peu marquées et très fugaces. Le plus souvent, c'est une *simple congestion du corps papillaire;* lorsque la mort arrive, les vaisseaux se désemplissent, de sorte qu'on ne trouve plus aucune trace de la rougeur qui existait pendant la vie. Cependant il n'est pas rare, même dans les cas les plus légers, que l'épiderme se trouve atteint et présente des altérations de nature inflammatoire. On observe alors que, dans un certain nombre des cellules du corps muqueux, le nucléole est agrandi et atteint presque les limites du noyau; cette lésion a été désignée sous le nom d'*altération vésiculeuse du noyau*. A la suite de l'augmentation de volume du nucléole, le noyau lui-même s'agrandit : il présente le même aspect vésiculeux et remplit toute l'étendue de la cellule. Cette altération de nutrition des cellules du corps muqueux, dans les taches érythémateuses ou congestives, a surtout été étudiée et bien décrite par A. Vulpian.

1° Les ÉRYTHÈMES peuvent appartenir à trois groupes différents :

a. Les *érythèmes symptomatiques* ou de cause interne;

b. Les *érythèmes pathogénétiques;*

c. Les *érythèmes de cause externe*.

Toutes ces éruptions ont pour caractères communs de se développer rapidement et d'avoir une durée limitée.

a. Les *taches érythémateuses de cause interne* comprennent un grand nombre de variétés :

En premier lieu, il faut citer l'*érythème aigu fébrile* généralisé; il en existe une variété spéciale, connue sous le nom d'*érythème scarlati-*

niforme, caractérisée par une rougeur vive uniforme et terminée par desquamation, qu'il est important de connaître, parce qu'elle peut être facilement confondue avec la scarlatine.

Mais les plus fréquentes peut-être parmi les taches érythémateuses sont celles qui sont d'*origine rhumatismale*. De ce nombre nous devons mentionner principalement :

L'érythème marginé,
L'érythème circiné,
L'érythème diffus,
L'érythème papuleux,
L'érythème noueux,
L'érythème polymorphe.

Ces différents érythèmes rhumatismaux siègent surtout au voisinage des articulations, mais on peut les observer sur les autres régions du corps. Ils ne sont pas, à proprement parler, purement congestifs; ils s'accompagnent communément d'une légère extravasation sanguine. Cette particularité est facile à voir sur l'érythème noueux par exemple; quand la nouure cutanée, caractéristique de cette affection, arrive au terme de sa résolution, elle laisse à sa suite une coloration bleuâtre, qui passe par toutes les nuances de l'ecchymose, du bleu au vert et au jaune, avant de disparaître complètement, pour faire place à une desquamation furfuracée.

La *scrofule* tient aussi sous sa dépendance une sorte d'érythème, *érythème centrifuge* de Biett, scrofulide érythémateuse ou *lupus érythémateux*, qui diffère notablement des érythèmes proprement dits, d'abord par sa marche essentiellement chronique, puis par la profondeur et la gravité de ses lésions.

Les *érythèmes* ou les *roséoles*, *symptomatiques des maladies infectieuses*, forment une grande classe, dont il est important d'examiner les variétés les plus communes.

Les *rashs prodromiques de la variole* présentent des formes différentes; ils sont dits, suivant leur disposition en petites taches isolées ou en plaques rouges très étendues, rubéoliformes ou scarlatiniformes. Il n'est pas rare de leur voir affecter une apparence hémorrhagique. On sait que cette éruption, ainsi que l'a indiqué Trousseau, est plus fréquente dans la variole modifiée, ou varioloïde, que dans la variole vraie; elle siège principalement au bas ventre et aux plis de l'aine, jamais à la face.

La *vaccine* peut, comme la variole, donner lieu à une éruption érythémateuse, connue sous le nom de *roséole vaccinale*, sans gravité d'ailleurs, mais dont il est important de connaître l'existence, pour éviter des erreurs de diagnostic. Elle débute généralement du troisième au huitième jour; c'est au bras d'abord que les taches apparaissent, autour des vésico-pustules de la vaccine, et l'éruption peut, de là, se généraliser à la plus grande partie du corps.

Dans le décours du choléra, on observe parfois une sorte d'érythème, que les anciens qualifiaient de critique et qui est vraisemblablement en rapport avec le rétablissement des fonctions de la peau. — Cette éruption, souvent précédée de démangeaisons, affecte la forme de taches isolées (véritablement une roséole), ou, au contraire, de larges plaques érythémateuses confluentes. — Elle siège sur les membres et principalement sur les membres supérieurs; sa durée est très courte, trois ou quatre jours tout au plus.

La *roséole typhique* est tellement constante qu'elle constitue un des principaux symptômes de la maladie, et souvent le principal élément de diagnostic avec la granulie. — Les *taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde* apparaissent vers la fin du premier septénaire ou le commencement du second; elles sont légèrement papuleuses; elles occupent de préférence l'abdomen et la poitrine. L'*éruption rosée du typhus* est plus précoce : elle se montre du troisième au sixième jour; elle se fait par poussées successives, ne tarde pas à prendre le caractère pétéchial, et l'abondance des taches est en rapport avec la gravité de la maladie.

Dans la *pyohémie*, dans la *fièvre puerpérale*, qui est une affection de même nature, on peut voir apparaître, comme épiphénomène sans importance, des éruptions érythémateuses bâtardes, qui ne présentent aucun type défini, et dont la mobilité et la fugacité sont les principaux caractères.

Enfin, la *diphthérie* maligne, dans sa forme la plus toxique, est fréquemment accompagnée d'une éruption irrégulière de siège et de forme, tantôt érythémateuse simple, tantôt pétéchiale, et dont l'apparition confirme, d'une façon définitive, le pronostic fatal de la maladie.

A la suite de ces exanthèmes d'origine infectieuse, il faut placer les *éruptions érythémateuses de la syphilis*, dont l'importance est connue de longue date.

C'est à l'exanthème spécifique qu'était tout d'abord réservé le nom de roséole. La roséole est constante comme phénomène secondaire de la syphilis; son intensité, son époque d'apparition et sa durée peuvent seules varier. — Elle apparaît en général un mois à six semaines après le chancre; elle est quelquefois, mais très rarement, accompagnée de malaise, de courbature et d'accès de fièvre (fièvre syphilitique). Cette éruption a pour siège d'élection la base du thorax et les avant-bras, mais elle peut être généralisée à toute la surface du corps, excepté à la face. — Elle se montre sous deux formes qui ne sont que les deux degrés de la même lésion, la *roséole maculeuse* et la *roséole papuleuse*. Hardy a décrit une troisième variété, la *roséole annulaire*, consistant en cercles rosés dont le centre est complètement sain. — Les taches de la roséole présentent une coloration qui varie du rose tendre au rouge framboisé; en s'effaçant, elles prennent une teinte cuivrée. — Leur durée est de un à deux mois; elles ne donnent lieu à aucune démangeaison et se terminent par résolution complète.

b. Les *érythèmes pathogénétiques* sont extrêmement nombreux; nous ne nous occuperons que des plus fréquents.

Les *balsamiques*, comme le copahu, la térébenthine, le cubèbe, le santal, pris à haute dose, déterminent des érythèmes particuliers qui souvent affectent la forme de roséoles. — Il faut tenir compte, dans l'étiologie de ces exanthèmes, de la prédisposition individuelle, d'une sorte d'idiosyncrasie, en vertu de laquelle certains sujets sont plus sensibles que d'autres à l'influence des préparations copahiques; il faut avoir égard aussi à l'état du tube digestif : les malades atteints de roséole balsamique sont généralement ceux qui supportent le mieux le médicament et chez qui le copahu ne détermine pas de diarrhée.

L'érythème balsamique discret siège autour des articulations, principalement aux poignets, aux mains et aux pieds; quand il est confluent et généralisé, il peut s'accompagner de fièvre et d'embarras gastrique, avec gonflement de la face, éruption semblable sur la muqueuse bucco-pharyngienne, quelquefois même catarrhe trachéo-bronchique. — Dans ces cas-là, la rougeur et la cuisson, que l'éruption détermine toujours, sont encore plus vives que d'habitude; il y a non seulement de l'œdème sous-cutané, mais aussi de l'œdème sous-muqueux, qui gêne la mastication, la déglutition et même la respiration — Ces accidents sont d'ailleurs de courte durée et cessent rapi-

dement lorsqu'on suspend la médication balsamique. — Quelle que soit l'intensité de l'éruption, les taches présentent toujours le même aspect : ce sont des plaques d'un rouge vif, saillantes, irrégulières, qui persistent pendant trois ou quatre jours, quelquefois plus longtemps, pâlissent et se terminent par résolution ou par une légère desquamation furfuracée.

Après la roséole balsamique, les deux érythèmes pathogénétiques les plus importants sont l'*érythème iodique* et l'*érythème chloralique*. Chez certains individus d'une susceptibilité extrême, l'administration de l'iodure de potassium ou de la teinture d'iode à l'intérieur est suivie de l'apparition de taches érythémateuses plus ou moins confluentes, accompagnées de coryza, de larmoiement et d'angine.

L'absorption de l'*hydrate de chloral*, en potion ou en lavement, donne lieu aussi à un érythème spécial, qui apparaît rapidement et disparaît de même; cet érythème siège sur le tronc, sur les membres et sur la face et n'occasionne ni douleur ni démangeaison.

D'autres substances médicamenteuses produisent aussi, parfois, des efflorescences cutanées; nous citerons les principales :

L'*ergot de seigle;*

La *belladone ;*

Le *stramonium;*

Le *sulfate de quinine* (roséole quinique);

Les *préparations arsenicales*, qui donnent lieu à des taches d'un rouge un peu bistre, ressemblant comme coloration aux taches des anciens psoriasis;

Et enfin les *préparations mercurielles;* mais l'érythème hydrargyrique est extrêmement rare, et c'est en vain que les anti-mercurialistes ont voulu attribuer au mercure certaines éruptions caractéristiques de la syphilis.

c. Les *érythèmes de cause externe* sont les suivants :

L'*érythème des fesses* des nouveau-nés, dans le muguet et l'athrepsie (Valleix, Parrot). — C'est un érythème de cause externe, déterminé par le contact prolongé de l'urine et des matières fécales sur la peau et par l'irritation qui en résulte; mais sa production est grandement favorisée par le mauvais état général et par les troubles de la nutrition cutanée.

L'*érythème des régions œdématiées* chez les *cardiaques* et les *albuminuriques*, qui est dû à la pression continue, au frottement et à

l'irritation des téguments distendus par l'œdème, et jouissant par conséquent d'une vitalité moindre.

L'*érythème intertrigo*, résultat de l'irritation produite par la sueur, principalement aux plis inguinaux, inguino-scrotaux et inguino-vulvaires, chez les personnes grasses. On l'observe plus rarement aux aisselles et au-dessous des mamelles tombantes de certaines femmes.

L'*érythème causé par le froid intense* (*érythème pernio, engelures*), qui donne lieu à une cuisson particulière revenant à certaines heures de la journée et qui siège principalement aux doigts et aux orteils.

L'*érythème igné*, causé par l'action vive et prolongée de la chaleur, du feu ou des rayons solaires (*coup de soleil*). Un érythème de même nature peut être produit par l'action de la *lumière électrique*. — Dans tous ces cas-là, M. Perroud (de Lyon) a prouvé, par une série d'expériences remarquables, que les rayons chimiques avaient une action plus rapide et plus énergique que les rayons calorifiques.

L'*érythème acrodynique*, dont on a pu observer une épidémie à Paris en 1828, mais dont on ne voit plus d'exemple aujourd'hui.

L'*érythème pellagreux*. — Nous avons déjà dit que, dans la pellagre, la rougeur simple, érythémateuse, précède la pigmentation des parties découvertes.

Les *érythèmes artificiels* produits par l'action irritante des corps étrangers : les frictions mercurielles, les lotions de sublimé, l'application sur la peau de certaines substances, telles que l'ammoniaque, l'huile de laurier-cerise (Rayer), etc., etc.

2° L'ÉRYSIPÈLE et l'ANGÉIOLEUCITE sont aussi caractérisés par de la rougeur, comme l'érythème; mais cette rougeur est toute différente; elle n'est plus seulement congestive, elle est franchement inflammatoire; et de plus il existe alors d'autres symptômes et principalement des symptômes généraux, sur lesquels nous n'avons pas à nous appesantir : nous voulons seulement parler ici de l'altération de coloration de la peau dans ces maladies.

Nous avons placé dans le même groupe l'érysipèle et l'angéioleucite, parce qu'en effet nous croyons que ce sont des affections de même nature; l'angéioleucite est l'inflammation des troncs et des réseaux, et l'érysipèle l'inflammation des capillaires lymphatiques. — « L'érysipèle est aux capillaires lymphatiques ce que le plegmon est aux capillaires veineux. » (A. Després.)

L'*angéioleucite* ou la *lymphangite superficielle*, celle qui siège dans

les réseaux cutanés, la seule que nous ayons en vue ici, est caractérisée par une rougeur un peu pâle affectant quelquefois nettement, à première vue, la forme réticulaire, d'autres fois paraissant étendue uniformément sur toute la surface malade ; mais dans ces cas-là même, avec le secours de la loupe, il est facile de voir que la rougeur présente une disposition linéaire suivant le trajet des réseaux lymphatiques cutanés ; seulement les mailles du réseau sont tellement étroites qu'on ne peut les distinguer à l'œil nu.

Cette rougeur, ou plutôt ces stries entrecroisées, d'un rose pâle, ont généralement pour point de départ une plaie, une excoriation légère, et aboutissent à des ganglions lymphatiques tuméfiés et douloureux.

L'*érysipèle* est aussi accompagné du gonflement des ganglions, ce qui est encore une preuve de son identité de nature avec la lymphangite. Il est représenté par des plaques rouges, saillantes et indurées, reposant sur un épaississement inflammatoire du derme, et terminées brusquement par un relief sensible, une sorte de bourrelet caractéristique, appréciable à la vue et surtout à la palpation. Ces plaques érysipélateuses ont de la tendance à se propager sur les téguments voisins ; elles sont le siège d'une chaleur mordicante et d'une douleur que le moindre attouchement exaspère. — Leur durée est variable suivant l'origine spontanée (au moins en apparence) ou traumatique de la maladie ; elles se terminent par desquamation, rarement par résolution simple.

3° Parmi les fièvres éruptives, celles dont la lésion cutanée est uniquement constituée par des taches rouges exanthématiques, ou par une coloration rouge en nappes plus ou moins étendues, sont la ROUGEOLE, la ROSÉOLE VERNALE et la SCARLATINE.

Dans la *rougeole*, ce sont de petites taches rouges, irrégulières, légèrement saillantes, précédées et accompagnées de fièvre, d'état gastrique, de catarrhe oculo-nasal et trachéo-bronchique, et qui, disparaissant vers le septième ou huitième jour de la maladie, sont suivies d'une desquamation furfuracée.

Les taches de la *roséole vernale* sont rouges et irrégulières, comme celles de la rougeole ; mais elles ne sont pas saillantes, elles sont plus larges et plus isolées ; et, de plus, les prodrômes et les symptômes concomitants des deux maladies sont bien différents. La période d'invasion de la rougeole dure quatre à cinq jours au moins ; celle de

la roséole, un jour, deux ou trois jours tout au plus; l'éruption de cette dernière est irrégulière dans son mode d'apparition, dans sa marche, dans sa disparition : elle se fait par poussées successives; elle n'est ni précédée ni accompagnée du catarrhe caractéristique de la fièvre morbilleuse.

L'*éruption de la scarlatine* est constituée, non plus par des taches, mais par une rougeur uniforme, ou, plus exactement, par une infinité de petites élevures rouges, très rapprochées, reposant sur un fond rose. Ces élevures sont appréciables au toucher et à la vue, avec l'aide de la loupe. Cet exanthème est accompagné d'une température très élevée et d'une angine, dont la présence est un des principaux symptômes de la maladie. Il se termine par desquamation en larges lambeaux épidermiques.

IV. Appendice. — Dans cet appendice, nous sommes obligés de placer les altérations de coloration de la peau qui ne rentrent dans aucune des trois classes précédentes. Nous citerons seulement :

L'*ictère;*

La coloration jaune chamois particulière du *xantelasma*, qui est liée vraisemblablement à une affection hépatique;

La teinte bleue de la *cyanose;*

La teinte grisâtre, plombée, caractéristique de l'*asphyxie;*

La teinte blafarde de la *cachexie cardiaque;*

La coloration grise de la peau, avec excavation de la face, qu'on observe dans le *choléra;*

La décoloration particulière des téguments dans l'*anémie* et dans la *chlorose;*

Et enfin une coloration bleue particulière, connue sous le nom de *chromhydrose* et sur laquelle nous devons nous arrêter un instant.

La chromhydrose est une coloration bleue plus ou moins foncée, due à un vice de sécrétion des glandes sudoripares et décrite pour la première fois par Le Roy de Méricourt. Elle siège principalement et presque exclusivement sur les paupières inférieures. — Evidemment, les observations de chromhydrose ne doivent être acceptées qu'avec la plus extrême réserve; il y a eu de nombreuses supercheries; mais il existe aussi un certain nombre de cas irrécusables, dans lesquels l'examen microscopique a été pratiqué par le professeur Ch. Robin, et qui ne donnent aucune prise à la critique scientifique la plus minutieuse.

Section II. — Vésicules.

Parmi les lésions qui résultent d'un processus irritatif ou inflammatoire de la peau, la plus simple et la première qui se présente à nous est la vésicule.

Les vésicules sont de petites élevures à contenu liquide, généralement acuminées, quelquefois globuleuses, offrant le volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet, rarement celui d'un pois. — Le liquide qui les remplit est une simple gouttelette de sérosité albumineuse, claire et transparente, quelquefois un peu visqueuse et plastique, rarement altérée par quelques globules du sang.

Cette sérosité fournit, en présence du papier réactif, des résultats différents. Tantôt en effet le liquide est acide, comme dans les sudamina; il le serait aussi, d'après Bœrensprung, dans l'eczéma rubrum et l'herpès fébrile; tantôt il est neutre (Simon), quelquefois acide ou ou neutre alternativement; enfin Neumann l'a trouvé alcalin. Dans l'herpès successif, il est tantôt neutre, tantôt alcalin. Ces caractères variés dépendent de la nature du processus irritatif et du terrain sur lequel il se développe.

Le contenu des vésicules est complexe et mérite d'être étudié avec soin. — Outre le liquide qui en forme la majeure partie, on y trouve des éléments figurés de plusieurs sortes :

1° Des cellules épithéliales qui ressemblent à l'épithélium de revêtement des canaux sudoripares;

2° Quelques leucocytes;

3° Des granulations et des détritus épithéliaux;

4° Parfois des cristaux, d'après Rindfleisch;

5° Enfin Bœrensprung et Zeitz disent y avoir rencontré des corpuscules blanchâtres, irréguliers, n'ayant ni la grosseur ni la surface granulée des globules de pus; ces caractères, nous sommes obligés de l'avouer, ne nous représentent aucun élément histologique connu.

Dans quelques cas, d'ailleurs, le liquide des vésicules ne renferme aucune espèce d'éléments figurés.

Quelle est l'origine de la sérosité de la vésicule? Elle peut provenir d'une exhalation des capillaires des papilles, ou bien être produite par la sécrétion des glandes sudoripares : les deux opinions ont été soutenues. Ce qu'on sait seulement, c'est que la vésicule siège dans l'épi-

derme, qu'elle est située entre le corps muqueux et la couche cornée, et qu'elle résulte du soulèvement de celle-ci. Vulpian, qui a étudié surtout les vésicules artificielles produites par l'application de l'huile de croton, enseigne que l'accumulation de sérosité se fait non pas au-dessous de la couche cornée, mais en plein dans la couche de Malpighi. Le même auteur a observé que les vaisseaux des papilles étaient congestionnés, qu'ils présentaient autour d'eux des leucocytes extravasés, et que la sérosité, chargée de leucocytes, qui sortait des vaisseaux, s'élevait jusqu'au sommet de la papille, traversait la rangée profonde des cellules du corps muqueux, pour se former une loge au-dessus, au milieu de la couche de Malpighi.

L'examen histologique montre de plus que la vésicule est cloisonnée en plusieurs petites loges secondaires. Les travées qui limitent ces loges sont formées par des cellules épithéliales étirées et soudées bout à bout : ce sont les cellules profondes du *stratum corneum*. La base des vésicules repose donc sur la couche de Malpighi; elle correspond aux espaces interpapillaires, et souvent elle est située à l'orifice d'un conduit sudoripare.

Tantôt les vésicules sont isolées, tantôt elles sont réunies par groupes; quelle que soit leur disposition à la surface de la peau, leur mode de développement est le même. La vésicule débute par une rougeur souvent indolente, quelquefois au contraire accompagnée de cuisson, de démangeaisons et même de douleur (dans le zona par exemple). A la rougeur succède bientôt une petite élevure transparente, qui ne tarde pas à devenir opaque. On trouve alors dans la vésicule un liquide opalin.

Sa durée est variable, quelques heures seulement dans certains cas, le plus souvent de quatre à douze jours environ. Parfois elle est tellement éphémère, que quelques auteurs ont nié à tort la nature vésiculeuse de l'eczéma.

La terminaison de la vésicule est variable. Habituellement, elle se déchire; le liquide se concrète et forme une croûte mince, lamelleuse, qui disparaît au bout de quelque temps. Parfois le liquide se résorbe, et alors l'épiderme se détache sous forme de furfures; enfin, dans quelques cas rares, la vésicule est déchirée accidentellement et laisse à sa place une excoriation plus ou moins tenace.

Les éruptions vésiculeuses procèdent habituellement par poussées successives. Quelquefois, elles sont contagieuses, comme dans la gale, la varicelle, la suette miliaire.

Les DERMATOSES QUI APPARTIENNENT AU GROUPE DES VÉSICULES dépendent tantôt d'une cause interne; tantôt, au contraire, elles relèvent d'une cause externe.

Affections vésiculeuses de cause interne.

1° *L'herpès et ses différentes variétés.* — Celles-ci sont nombreuses. La forme de l'éruption d'une part, le siège qu'elle occupe d'autre part, permettent de les distinguer les unes des autres. Dans tous les cas, les vésicules herpétiques sont limitées à une région et ne se généralisent jamais; elles sont globuleuses, opalescentes; elles se terminent par rupture et par la production d'une croûte généralement assez persistante. C'est une affection qui récidive facilement.

Parfois l'herpès est accompagné de fièvre; il siège alors autour de la bouche et de l'orifice des narines : on observe cette variété dans l'embarras gastrique, dans la pneumonie, dont il constitue un symptôme important.

Dans d'autres cas, l'éruption présente une disposition spéciale : elle suit le trajet des nerfs, soit en demi-ceinture le long des nerfs intercostaux, soit le long des branches du plexus cervical, ou du nerf ophthalmique, ou du nerf crural, etc. Presque tous les trajets nerveux peuvent être le siège de cette éruption, connue sous le nom d'*herpès zoster* ou *zona*. — Fréquemment, cette forme d'herpès est précédée, accompagnée et suivie de douleurs névralgiques qui lui donnent un caractère particulier et ont servi à éclairer sa pathogénie. — On considère en effet, aujourd'hui, le zona, comme un trouble trophique symptomatique des névrites et des affections diverses de la moelle et des troncs nerveux. Les vésicules du zona deviennent facilement purulentes; quelquefois elles sont hémorrhagiques. La croûte qui leur succède laisse après elle une cicatrice indélébile.

Indépendamment de ces formes spéciales, les dénominations des diverses variétés de l'herpès sont tirées du siège de l'éruption : herpès labialis, nasalis; herpès præputialis, herpès vulvaire; ces deux dernières variétés sont particulièrement tenaces et récidivantes.

2° L'*hydroa vésiculeux*, ainsi dénommé par Bazin, avait reçu de Willan et Bateman le nom d'herpès iris. — Nous croyons que c'est une affection particulière, distincte de l'herpès. Cette éruption débute

par une rougeur arrondie, au centre de laquelle naît une vésicule blanchâtre; la rougeur s'étend, et de nouvelles vésicules se produisent successivement, par cercles concentriques, autour de la première. Il en résulte une alternative de raies rouges et blanches qui donnent à la plaque tout entière un aspect irisé : d'où la dénomination d'herpès iris.

L'hydroa siège de préférence aux mains et aux pieds, mais on peut l'observer sur le reste du corps, et spécialement à la face. — Dans ces cas généralisés, une éruption de même nature se produit dans la bouche et sur la langue; les vésicules, en se rompant, donnent lieu à des exulcérations très douloureuses, qui gênent considérablement la mastication. Cette forme rare est accompagnée de fièvre.

3° Les *sudamina* se caractérisent par des groupes plus ou moins étendus de vésicules miliaires, acuminées, survenant dans un certain nombre d'affections fébriles, et, en particulier, dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la fièvre typhoïde, dans la scarlatine et dans beaucoup de maladies infectieuses, accompagnées de sueurs profuses. — Ces vésicules naissent, en effet, manifestement, sous l'influence d'une irritation déterminée par une transpiration très abondante. Leur développement est très rapide, et, contrairement à ce qu'on observe dans les autres affections vésiculeuses, la peau n'est pas rouge à leur pourtour.

Leur contenu est acide et ne renferme *aucune trace d'albumine*, tandis qu'on en rencontre dans toutes les autres vésicules, dont le liquide est alcalin [1]. Le tronc et les parois abdominales paraissent être le siège de prédilection des sudamina. Ils laissent quelquefois à à leur suite une légère pigmentation de la peau, qui disparaît rapidement.

4° Il est une autre éruption sudorale de nature vésiculeuse qui a été décrite par Tilbury Fox sous le nom de *dysidrosis*, et par Hutchinson sous celui de *cheiropompholix*. Ce sont des vésicules localisées aux mains et à la face antérieure des avant-bras, dont le contenu est alcalin, et qui diffèrent de l'eczéma par l'absence complète de croûtes.

5° La *suette miliaire* est une affection particulière, une fièvre éruptive épidémique, dont l'éruption cutanée de vésicules miliaires n'est qu'un des éléments constitutifs; les deux autres principaux symptômes

1. Voy. Ch. Robin, *Traité des humeurs*, 2e édition, p. 736; et Andral, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1848.

sont une sudation très abondante et une constriction des plus douloureuses à l'épigastre.

L'éruption miliaire, qui est, de plus, accompagnée de fièvre et de céphalalgie intenses, se fait par plusieurs poussées successives. — Les vésicules durent de deux à trois jours et présentent deux types principaux : les unes reposent sur une petite tache rouge irrégulière : c'est la *miliaire rouge;* les autres, au contraire, ne s'accompagnent pas de rougeur des téguments : c'est la *miliaire blanche*. Les deux formes sont souvent combinées; mais, dans l'un et l'autre type, les vésicules sont petites et transparentes, elles sont plus dures et plus résistantes que celles des sudaminas. L'éruption est d'ordinaire généralisée et confluente, mais elle respecte la figure; sa confluence est telle, parfois, que la peau présente une rougeur uniforme, avec un aspect inégal et chagriné, dû à la présence des vésicules, et qu'on distingue très bien en promenant les doigts à sa surface. Vers le deuxième ou le troisième jour, le contenu des vésicules devient opalin et ne tarde pas à se résorber; celles-ci se rident, se flétrissent, se dessèchent, et la desquamation se fait par écailles furfuracées, rarement par larges plaques, comme dans la scarlatine. — Jamais on n'observe de croûtes à la suite des vésicules de la suette.

6° La *varicelle* est aussi une fièvre éruptive, appelée vulgairement petite vérole volante, mais tout à fait distincte de la variole. Les vésicules de la varicelle sont transparentes, acuminées, et reposent sur un fond rosé. L'éruption se fait d'ordinaire par plusieurs poussées successives; elle est généralisée, mais discrète et disséminée. — Le liquide contenu dans les vésicules devient bientôt opalin, purulent; celles-ci se dessèchent du quatrième au sixième jour après leur apparition et laissent à leur place une mince croûtelle, qui tombe du neuvième au dixième jour et est quelquefois suivie d'une légère dépression cicatricielle.

7° La *syphilide vésiculeuse* a reçu aussi le nom de varicelle syphilitique; c'est en effet une éruption discrète et disséminée, comme la précédente, sur toute la surface du corps. — Mais ici les vésicules reposent sur un fond cuivré caractéristique; elles ne sont pas accompagnées d'état fébrile, excepté quand l'éruption, qui appartient à la période secondaire de la syphilis, coïncide avec la fièvre syphilitique. — Mais cette fièvre, on le sait, est rare; de plus, elle n'est pas continue, comme celle de la varicelle proprement dite. Jamais les vésicules

syphilitiques ne sont le siège de douleur, de cuisson ni de démangeaison ; leur durée est plus longue que celle de la varicelle ; elles se terminent par une petite croûte entourée de la *collerette de Biett* et laissent quelquefois à leur suite une légère cicatrice.

8° Dans l'*eczéma*, les vésicules acuminées, petites et confluentes, reposent sur un fond rouge; elles ont une durée très fugace (deux jours au plus) et se succèdent par plusieurs poussées; elles ne sont pas disposées par groupes, ou, si elles le sont, elles forment des groupes irréguliers, ce qui les distingue des vésicules d'herpès, outre le volume et la forme. Elles sont accompagnées de cuisson et de démangeaisons très vives; leur terminaison est variable : ou bien elles se dessèchent et laissent à leur place un épaississement de la peau; ou bien, c'est le cas le plus fréquent, elles se rompent et donnent lieu à une exsudation, à un suintement prolongé. L'eczéma peut envahir toutes les régions; il est souvent généralisé. — Il est sujet à des récidives fréquentes, et, à la suite d'éruptions répétées, la peau finit par devenir scléreuse et présente un état rugueux caractéristique.

Affections vésiculeuses de cause externe.

Les *parasites* animaux et végétaux donnent naissance fréquemment à des éruptions vésiculeuses; les principales sont l'éruption scabieuse ou de la gale et celle de l'herpès circiné.

Dans la *gale*, l'éruption n'est pas uniquement vésiculeuse, elle est polymorphe. Les vésicules d'ailleurs sont de courte durée et se transforment facilement en pustules, d'où le nom de gale pustuleuse, qui est la forme sous laquelle la maladie se présente assez souvent à l'observation. L'éruption de la gale présente des sièges d'élection qu'il est important de connaître : les espaces interdigitaux, la face antérieure des poignets et des avant-bras, les seins, les fesses et les organes génitaux; elle est le siège de vives démangeaisons, surtout le soir et la nuit. — La vésicule scabieuse est acuminée, elle est l'origine d'un petit sillon terminé par un point noir; ces caractères sont pathognomoniques.

L'*herpès circiné* se reconnaît à la disposition des vésicules. Il est produit par la présence, au-dessous de la couche cornée de l'épiderme et dans les follicules pileux, d'un champignon parasite connu sous le nom de *trichophyton tonsurans*. Les vésicules sont groupées en forme

de cercle et présentent une évolution excentrique : le centre se guérit à mesure que le diamètre de la plaque s'accroît. Elles provoquent de vives démangeaisons et ont en général une marche rapide; elles se terminent par résorption et desquamation. — Elles siègent de préférence au visage et au cou chez les femmes et chez les enfants, au menton et aux mains chez les hommes.

L'*herpès tonsurans* (teigne tondante), qui est produit par le même parasite, présente quelquefois aussi une éruption vésiculeuse de même nature.

Les éruptions vésiculeuses de cause externe reconnaissent encore pour point de départ des *applications irritantes locales ou générales*, de diverses sortes, telles que : les bains sulfureux, l'huile de croton, le thapsia, les composés mercuriels, etc. .

Le meilleur moyen de reconnaître ces éruptions multiples est de rechercher avec soin les circonstances qui ont pu les faire naître. Habituellement, elles sont limitées et s'étendent seulement aux surfaces impressionnées par l'agent irritant. Les vésicules qui les constituent ont une forme conoïde; elles ne provoquent pas de réaction générale. Leur disparition est rapide lorsque le malade est soustrait à l'action morbifique. En un mot, elles ne présentent rien, dans leur évolution et leur configuration, qui permette de les rattacher à un vice constitutionnel.

L'éruption provoquée par l'*abus des bains sulfureux* est très éphémère; elle est ordinairement accompagnée de cuisson.

Les effets de l'*huile de croton* se font sentir au bout de six à huit heures; ils se caractérisent sur les points touchés par une éruption de vésicules à forme conoïde.

L'éruption provoquée par l'application des *emplâtres de thapsia* ressemble aux vésicules consécutives à une friction d'huile de croton.

Le *sparadrap*, les *emplâtres de poix* déterminent des poussées vésiculeuses ordinairement fugaces.

Nous n'avons pas de remarques spéciales à faire sur les effets de l'*euphorbe*, du *rhus radicans*, du *toxicodendron;* ils sont analogues aux précédents.

Les *frictions mercurielles* font naître quelquefois de petites vésicules à fond rouge, constituant l'éruption appelée hydrargyrie. Dans quelques cas rares, ces vésicules, après leur rupture, laissent de petites exulcérations.

Il nous reste à dire quelques mots des éruptions vésiculeuses propres aux ouvriers qui manient des substances irritantes.

MM. Bergeron et Proust ont appelé l'attention sur une forme d'éruption que présentent souvent les hommes employés à la *fabrication du sulfate de quinine*. Ce sont des vésicules aussi éphémères que celles de l'eczéma aigu, d'où le nom d'*eczéma quinique* qu'on leur a donné. Elles siègent aux mains, au visage, aux bourses, sur la face interne des cuisses. Mais il n'est pas certain que cette éruption soit due au sulfate de quinine; nous croyons plutôt qu'elle est produite par les émanations de l'huile de pétrole employée dans les manipulations du quinquina.

Les ouvriers qui fabriquent le *vert arsenical*, vert de Scheele et vert de Schweinfurt présentent aussi une éruption vésiculeuse particulière, accompagnée de violente cuisson, sur le visage, le nez, l'angle des lèvres, les mains et les bourses (Hillairet, Delpech). Les vésicules sont de courte durée; elles se rompent et donnent lieu à des excoriations qui, sur les lèvres et sur les bourses, ressemblent à des plaques muqueuses. Enfin, sur la cloison des fosses nasales, au-dessus de la sous-cloison, apparaît aussi une vésicule éphémère, qui se déchire, s'ulcère et entraîne la nécrose de la cloison.

Les *défileurs de cocons* sont atteints d'une maladie désignée sous le nom de *mal de vers* ou *mal de bassine*. Elle se caractérise au début par l'apparition de vésicules, de très courte durée, dans le premier espace interdigital, entre le pouce et l'index; plus tard, les ongles se déchaussent et tombent. Cette altération a été décrite avec soin par le Dr Poton.

Enfin tout le monde sait que les cuisiniers et les épiciers sont souvent atteints d'eczémas dits professionnels (gale des épiciers). Leur durée est peu persistante; mais, quand ils ont récidivé un certain nombre de fois, la peau finit par s'épaissir; elle se couvre de fentes et de gerçures, et l'éruption présente alors tous les caractères de l'eczéma chronique.

Section III. — Bulles.

La bulle n'est autre chose qu'une grosse vésicule; les deux lésions présentent le même siège anatomique, le même mode de développement, la même structure.

Les bulles sont des élevures hémisphériques, ordinairement transparentes, quelquefois opaques et purulentes ou sanguinolentes. Leur volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf (Bazin). M. Hardy a vu une bulle grosse comme la tête d'un fœtus à terme. — Comme les vésicules, elles résultent d'un soulèvement de la couche cornée de l'épiderme; le liquide qui les remplit est fourni soit par une exsudation du réseau capillaire des papilles, soit par une modification spéciale des cellules du corps muqueux.

Ce liquide est tantôt neutre, tantôt alcalin; mais sa réaction n'est pas parfaitement déterminée pour les différentes espèces de bulles, et des recherches ultérieures sont nécessaires à ce sujet. Il est albumineux, coagulable, et renferme des cellules épithéliales dégénérées ou déformées, des granulations mal définies, des leucocytes plus ou moins abondants suivant les cas, des globules sanguins, dans certaines circonstances, et, enfin, des cristaux de cholestérine, d'après Gustave Simon; mais la présence de ces derniers est contestée par Rindfleisch. — On a prétendu que le contenu des bulles possédait une odeur particulière; cela est également vrai pour le pemphigus foliacé, dont les bulles sont très éphémères et qui répand une odeur de souris pathognomonique.

La structure des bulles présente des différences suivant leur mode de développement. Si leur développement est rapide et l'exsudation abondante, on trouve au sein du liquide des filaments délicats et allongés, faciles à rompre, formés par l'étirement des cellules molles situées au-dessous de la couche cornée (Biesadecki). C'est ce qui a lieu dans la phlyctène de la brûlure; la bulle alors se déchire facilement, et le liquide, que rien ne retient dans sa cavité, est tout prêt à s'écouler. — Quand au contraire l'exsudation est lente, comme dans l'herpès bulleux et dans l'érysipèle bulleux, les cellules, soulevées et séparées les unes des autres, en même temps que comprimées latéralement, finissent par former des travées plus ou moins solides et résistantes, qui cloisonnent la cavité de la bulle et peuvent, dans certains cas, retenir son liquide dans leurs mailles. Tout le monde a remarqué, par exemple, qu'à la suite de l'application d'un vésicatoire, la sérosité reste souvent accumulée en partie dans l'ampoule, bien que celle-ci ait été percée ou déchirée. Ce cloisonnement des bulles leur donne parfois un aspect lardacé et œdémateux tout à fait particulier.

La bulle débute par une rougeur assez large, accompagnée de cuisson

ou de démangeaison. Sur cette rougeur apparaît une saillie transparente, qui se soulève de plus en plus; à mesure que les leucocytes se multiplient dans son intérieur, la bulle devient opalescente, puis franchement opaque. Elle suit une marche régulière, dure de quarante-huit heures à quatre ou cinq jours et se termine de deux façons différentes : ou bien le liquide se résorbe, la paroi s'affaisse, se ride, se dessèche et donne lieu à une squame légère; ou bien la bulle se crève, se déchire; l'exsudation continue néanmoins, quelquefois elle devient sanguinolente, et il en résulte une croûte plus ou moins persistante et d'autant plus épaisse que la bulle a duré plus longtemps. Dans d'autres cas, et spécialement chez les individus cachectiques, la déchirure de la bulle est suivie d'une excoriation et même d'une ulcération assez longue à se cicatriser.

Les bulles peuvent appartenir à trois classes différentes :

1° *Bulles de cause interne;*

2° *Bulles secondaires*, constituant un épiphénomène accessoire dans l'évolution d'une autre lésion cutanée;

3° *Bulles de cause externe.*

Affections bulleuses de cause interne.

1° Ce sont : l'hydroa bulleux, le zona bulleux, le pemphigus et le rupia.

L'*hydroa bulleux* est caractérisé par la présence de petites bulles, ne dépassant pas le volume d'un pois, disséminées sur certaines parties des membres et ramassées par groupes de trois ou quatre. Le liquide qu'elles contiennent ne tarde pas à devenir lactescent; enfin elles se dessèchent et laissent à leur suite une croûte grisâtre. Cette lésion est d'ailleurs comparable à celle de l'hydroa vésiculeux et n'en diffère que par les différences mêmes qui distinguent la bulle de la vésicule.

Le *zona bulleux* présente la même disposition et les mêmes caractères que le zona ordinaire; les vésicules sont seulement remplacées par des bulles.

Dans le *pemphigus*, les bulles sont généralement assez volumineuses; elles peuvent siéger sur toutes les parties du corps. Le liquide qu'elles contiennent est d'abord transparent; il devient opaque par la production de globules de pus. Au bout de peu de temps, ou bien le liquide se résorbe, ou bien la bulle est déchirée et le liquide s'écoule; dans les

deux cas, le plus souvent, la lésion se termine par une squame molle et grisâtre.

Dans le pemphigus foliacé, les bulles sont tellement éphémères qu'on les observe rarement; c'est ce qui a porté certains auteurs à nier alors le caractère bulleux de cette éruption. — Ces bulles cependant existent, mais elles se crèvent rapidement et sont remplacées par de larges squames foliacées qui se renouvellent incessamment : d'où le nom de la maladie (Hardy).

Le pemphigus est fréquemment observé chez les nouveau-nés, et chez eux il présente deux variétés, le pemphigus simple et le pemphigus syphilitique. — Ces deux variétés sont très difficiles à distinguer l'une de l'autre, à tel point que quelques dermatologistes considèrent le pemphigus des nouveau-nés comme étant toujours syphilitique. — Cependant, d'après M. Quinquaud, en dehors des antécédents héréditaires, toujours difficiles à connaître, il existerait, dans la composition du liquide des bulles, des différences importantes : les bulles syphilitiques sont toujours purulentes dès le début, et, de plus, elles renferment de la *nucléine*, tandis que les autres n'en contiennent point. Quoi qu'il en soit, le pemphigus des nouveau-nés siège de préférence aux mains et aux pieds; c'est d'ailleurs une affection bénigne par elle-même, et, quand on a soin de préserver les bulles des irritations extérieures, elles se terminent le plus souvent par desquamation simple.

Enfin il existe une variété de pemphigus, désigné sous le nom de *pemphigus solitarius*, et dans lequel on ne trouve qu'une seule bulle. Cette forme est très tenace, parce que la bulle se renouvelle plusieurs fois avant de disparaître complètement. Elle contient un liquide lactescent et est entourée d'une auréole rouge, qui plus tard prend une coloration brune. — Dans certaines circonstances, elle devient gangréneuse.

Le *rupia* a été rangé par quelques auteurs dans la classe des pustules, mais c'est au début une affection bulleuse. Il peut être d'origine cachectique ou syphilitique. La bulle du rupia a le volume d'une petite noisette; elle présente une teinte foncée livide; elle se crève facilement, et le liquide sirupeux, sanguinolent, qu'elle renferme, se concrète alors en une croûte noirâtre épaisse et stratifiée. Dans le rupia syphilitique, cette croûte, plus noire que dans le cachectique, est aussi enchâssée plus profondément dans l'épiderme qui la recouvre sur les bords, en forme de collerette.

2° Les affections cutanées qui peuvent dans certains cas se recouvrir secondairement de bulles sont l'érythème et l'érysipèle, auxquels on donne alors, pour cette raison, le nom d'*érythème bulleux* et d'*érysipèle bulleux*.

Dans l'*érythème bulleux*, on observe des plaques rouges plus ou moins étendues, au centre desquelles se trouve une bulle. — Or ces caractères sont aussi ceux de l'hydroa, de sorte qu'il y aurait lieu de se demander si ce ne sont pas là des lésions identiques.

Dans l'*érysipèle bulleux*, les bulles, petites et multiples au début, se réunissent entre elles ; leur contenu ne tarde pas à devenir purulent ou sanguinolent.

Affections bulleuses de causes externes ou provoquées.

3° Elles sont produites en premier lieu par les brûlures, puis par les applications caustiques et vésicantes.

Tout le monde sait que la *phlyctène*, qui n'est autre chose qu'une bulle, est la caractéristique de la brûlure au second degré, qu'elle soit produite par l'action directe du feu ou par un liquide bouillant.

Tous les *révulsifs*, et principalement l'ammoniaque, les sinapismes préparés avec la farine de moutarde, les emplâtres vésicants et spécialement les emplâtres de cantharides, déterminent la production de bulles à la surface de la peau. — La poudre de cantharide a même été employée, dans un but de supercherie et de simulation, par certains individus, pour faire naître des bulles, qu'on reconnaîtra en les examinant avec soin à la loupe ; on trouvera en effet, dans leurs anfractuosités, des débris de vésicatoire ou des parcelles de cantharide.

Enfin, des *sucs végétaux*, ceux de l'euphorbe, de la grande chélidoine, etc., ont aussi la propriété d'irriter la peau et, par leur contact prolongé, de produire des bulles à sa surface.

Section IV. — Pustules.

On doit entendre sous le nom de pustule toute collection circonscrite de pus accumulée sous l'épiderme (Rindfleisch).

Les pustules sont donc des élevures hémisphériques bien déli-

mitées, de couleur jaune paille, dont le diamètre varie de deux millimètres et demi environ à huit ou neuf millimètres. La lésion débute par une rougeur pointillée accompagnée de cuisson; sur cette plaque rouge apparaît bientôt une petite saillie conique, acuminée, dure et pleine : une papule; cette papule éphémère est remplacée par une vésicule transparente d'abord, mais dont le liquide ne tarde pas à se troubler, devient opaque, purulent, jaune verdâtre ou brun (pus sanguinolent) : la pustule est constituée. Son contenu présente une réaction alcaline, ainsi que Rilliet et Barthez l'ont montré les premiers pour la variole.

La pustule reste ainsi stationnaire pendant deux ou trois jours au plus et suit alors deux évolutions différentes : tantôt le liquide se résorbe en partie, se concrète, se dessèche et forme une croûte légère, généralement jaunâtre; la cicatrisation s'opère au-dessous de la croûte, et celle-ci tombe sans laisser de cicatrice. C'est ce qu'on voit dans l'impétigo. Tantôt, au contraire, le liquide, renfermant non seulement des leucocytes, mais une certaine proportion de globules sanguins, se concrète dans sa totalité et donne naissance à une grosse croûte brunâtre, au-dessous de laquelle le derme est exulcéré. — La cicatrisation s'opère aussi sous la croûte; mais, quand celle-ci se détache, il reste une cicatrice indélébile. — Dans les premiers temps, cette cicatrice n'est pas blanche, mais rouge ou vineuse, comme on l'observe dans la variole, dans l'ecthyma; dans la syphilide pustuleuse, elle présente une teinte cuivrée : elle ne prend qu'au bout d'un certain temps la coloration blanchâtre caractéristique des cicatrices ordinaires.

Le siège des pustules est variable suivant les maladies auxquelles elles appartiennent. La variole est généralisée; l'acné est ordinairement localisé à la face et au dos; l'impétigo siège principalement sur la face et sur le cuir chevelu, etc.

Le siège anatomique est aussi différent; certaines pustules ont pour origine les annexes de la peau : on sait que l'acné se développe dans les follicules sébacés, et la mentagre ou sycosis dans les follicules pileux. — Parmi les pustules qui occupent la peau proprement dite, les unes sont superficielles, elles n'affectent que le corps muqueux; la lésion prend naissance au-dessous de la couche cornée, qui est soulevée par le pus. Les médecins Allemands ont donné à ces pustules le nom de *catarrhales;* ce sont celles qui ne laissent pas de cicatrices. D'autres

au contraire intéressent non plus seulement le corps muqueux, mais toute l'épaisseur de l'épiderme et même la partie superficielle du derme, au moins le corps papillaire. La lésion qui les caractérise n'est plus un catarrhe de la peau, suivant la nomenclature de Virchow et de Rindfleisch; c'est une véritable inflammation parenchymateuse de l'épiderme : d'où le nom de *pustules parenchymateuses* qu'on leur a donné; celles-là laissent une cicatrice. Les pustules catarrhales comprennent celles de l'impétigo, et, dans quelques cas, celles de l'ecthyma. — Les pustules parenchymateuses sont celles de la variole, de la syphilis, etc. La distinction de ces deux sortes de pustules est vraie; mais les dénominations précédentes ne doivent être admises qu'avec réserve, car elles répondent, dans la théorie de Virchow, à deux conceptions pathogéniques différentes dont la réalité est loin d'être prouvée.

L'histologie de la pustule est faite depuis longtemps; les auteurs français sont les premiers qui en aient donné une description exacte. Les travaux les plus importants sur ce sujet sont dus à Rayer (1835), à Petzhold (1838), à Rilliet et Barthez (1843), à Luys (1859), à Cornil (1866) [1], à Vulpian (1871) [2] et à Rindfleisch (1872). Si toutes les descriptions ne concordent pas entre elles, c'est que tous les auteurs n'ont pas examiné le même genre de pustules. Cependant, le plus souvent, c'est la pustule de variole qui a été étudiée de préférence; c'est elle qu'il faut prendre pour type.

L'éruption variolique passe par toutes les phases, depuis la rougeur simple jusqu'à la pustule parfaite. Elle débute par la congestion du derme, comme dans l'érythème; bientôt cette congestion s'accompagne d'une extravasation séreuse, d'une infiltration qui gonfle les papilles, dont l'augmentation de volume, en soulevant l'épiderme, constitue une *papule*. Jusqu'ici, l'épiderme est intact; mais l'extravasation séreuse ne reste pas enfermée dans la couche papillaire; elle la dépasse, traverse la couche profonde du corps muqueux, dont les cellules sont trop adhérentes pour qu'elle puisse les soulever, et atteint les rangées supérieures de cellules qui sont beaucoup moins résistantes et beaucoup plus faciles à disjoindre; quelques-unes de celles-ci subissent une altération spéciale, désignée parfois sous le nom de *tuméfaction*

1. Voy. Cornil, *Journal de l'anatomie et de la physiologie* de Ch. Robin, 1866, n° 2.
2. Voy. Vulpian, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1870 et 1871, t. XXXV et XXXVI.

trouble : elles se gonflent et deviennent creuses ; cet état n'est d'ailleurs que le premier stade d'une dégénérescence qui amène leur destruction. Souvent, ces cellules ainsi altérées communiquent entre elles de manière à former ce qu'on a appelé les *vacuoles*. Les autres se laissent écarter, repousser et comprimer par le liquide, qui s'accommode alors une sorte de loge où il peut s'accumuler : ainsi se trouve constituée la vésicule. Cette loge ou alvéole, comme on l'appelle encore, est semblable à la cavité de toutes les vésicules et notamment de celles qu'on détermine artificiellement par l'application de l'huile de croton et qu'on peut prendre facilement pour sujet d'étude. Elle serait située, d'après Vulpian, non pas au-dessous de la couche cornée, comme nous l'avons dit plus haut dans la description de la vésicule en général, mais en plein dans la couche de Malpighi, qu'elle désorganise ; cette distinction est de peu d'importance, car, finalement, le pus, une fois formé, soulève toujours la couche cornée. L'alvéole, qui constitue la vésicule variolique, est cloisonnée sous forme de vacuoles multiples ; les cloisons sont formées en partie par les débris des cellules épithéliales de la couche de Malpighi, en partie par de la fibrine. Le liquide qui remplit la loge est albumineux, semblable au sérum sanguin ; il renferme, comme éléments figurés, des cellules épithéliales altérées, de grandes cellules multinucléées (?), dues à la multiplication scissipare du noyau primitif [1] (Rindfleisch), des granulations protéiques provenant de la dégénérescence des cellules du corps muqueux, des leucocytes et des bactéries. — Ces bactéries ont un rôle important dans la contagion de la variole. — Les leucocytes sont d'abord peu abondants, mais leur nombre augmente graduellement, jusqu'à ce que le liquide, de séreux qu'il était au début, soit devenu franchement purulent. La vésicule s'est alors transformée en pustule. D'où viennent les leucocytes? Cornil et Vulpian les font provenir de la diapédèse ; ces éléments feraient alors partie de l'extravasation vasculaire ; ils seraient compris dans l'infiltration séreuse des papilles et du corps muqueux. En rapport avec la migration des leucocytes, les mêmes auteurs décrivent dans le sang une leucocytose transitoire, principalement dans les vaisseaux de la région malade. Cette assertion est une

1. D'après la théorie de Virchow, ces grandes cellules, en se fragmentant, étaient destinées à produire des leucocytes ; la suppuration était alors le résultat d'une transformation des cellules épithéliales, d'où l'expression de catarrhe de la peau.

simple hypothèse, qui ne s'appuie sur aucun fait certain. Quoi qu'il en soit, avant même que la vésicule soit devenue franchement purulente, elle est le siège d'un phénomène sur la cause duquel bien des opinions ont été émises : c'est l'*ombilication*.

L'ombilication de la pustule variolique n'est d'ailleurs pas un fait constant; elle a été attribuée par Rindfleisch à la présence d'un bulbe pileux ou d'un conduit sudoripare, dont l'adhérence au centre de la vésicule retiendrait ce centre, pendant que les bords se soulèveraient. Rayer admettait la présence d'un *disque plastique* ou pseudo-membraneux, plus épais à son pourtour qu'à son centre, qui alors pouvait s'affaisser et produire l'ombilication; ce disque pseudo-membraneux, admis par Rayer, est formé tout simplement par les débris du corps muqueux, avec ses cellules altérées et les éléments de nouvelle formation qu'il contient; c'est une sorte d'eschare épidermique [1]. — Les deux opinions précédentes ne sont plus admises; l'ombilication n'est pas due, comme le veut la première, à la présence d'un bulbe pileux, puisque souvent on ne trouve pas de poil dans la pustule; et, d'autre part, le disque pseudo-membraneux de Rayer n'étant pas ce qu'avait cru cet auteur, il fallait chercher une autre explication. Celle-ci a été fournie par Auspitz et Basch [2]; leur opinion est admise par Cornil et par Vulpian. — D'après ces auteurs, l'ombilication est due à la plus ou moins grande quantité de liquide contenue dans l'alvéole; si cette ombilication se fait au centre, c'est que les bords sont soutenus par les cloisons alvéolaires. L'ombilication n'est autre chose qu'un affaissement de la paroi, dans le point qui présente la moindre résistance. Et la preuve, c'est qu'on peut faire des pustules ombiliquées de celles qui ne le sont pas, en retirant de ces pustules une petite quantité de liquide, et, au contraire, enlever l'ombilication des autres, en injectant un peu de liquide dans leur cavité.

Telle est la marche de la pustule variolique; son mode de terminaison doit maintenant nous arrêter un instant. Nous avons dit que la pustule se formait par l'arrivée ou la production d'un plus grand nombre de leucocytes dans l'alvéole. Or il est des cas (surtout dans la varioloïde) dans lesquels le travail morbide s'arrête à l'épiderme,

1. Voy. Gross, *Notes à la traduction de l'histologie pathologique de Rindfleisch*, p. 305.
2. Voy. Auspitz et Basch, *Virchow's Arch. für pathologische anatomie*, 1863, t. XXII.

et le corps papillaire demeure à peu près intact. — La cicatrisation est alors très facile; le liquide est résorbé en grande partie, et, en devenant plus rare, il s'attache aux cellules épithéliales soulevées, pour former avec elles une croûte, au-dessous de laquelle l'épiderme se régénère. La croûte tombe, en laissant une cicatrice insignifiante; mais cette cicatrice est souvent plus pigmentée que la peau voisine, ce qui tient à une hypersécrétion de pigment dans les cellules de nouvelle formation. — D'autre fois, au contraire, le corps papillaire est atteint; l'infiltration dont il est le siège et qui ne s'est pas résorbée, et la multiplication énorme des leucocytes compriment et étouffent les vaisseaux, dans lesquels la circulation s'arrête : il y a alors nécrobiose partielle du corps papillaire à ce niveau. A la suite de l'élimination de cette espèce d'eschare, il faut de véritables bourgeons charnus pour la cicatrisation de la petite plaie qui en résulte. Les papilles d'ailleurs ne se reproduisent pas dans les points où elles ont été détruites; il y a, au contraire, rétraction du tissu cicatriciel, dépression plus ou moins profonde de la peau et formation de ces cavités, qui subsistent comme les traces indélébiles de la variole.

Nous nous sommes étendus un peu longuement peut-être sur la pustule variolique, parce que c'est en somme, de toutes les lésions cutanées, celle dont l'histologie est la mieux connue. Et, de plus, non seulement la variole nous présente le meilleur type de la pustule, mais encore l'étude de son évolution nous fait connaître les deux autres principales lésions élémentaires de la peau : la papule et la vésicule.

Revenons aux pustules en général. Au point de vue clinique, on peut, avec Willan, les diviser en deux groupes : celles dont la base est enflammée et celles qui ne présentent aucune inflammation à leur pourtour, les *phlysaciées* (de φλυζειν, brûler) et les *psydraciées* (de πσυδρακια, pustule). On peut y ajouter une troisième variété, intermédiaire entre les deux précédentes, mais qui se rapproche plutôt des phlysaciées : c'est une forme spéciale d'éruption pustuleuse du cuir chevelu, à laquelle Willan a donné le nom d'*achores*.

Les *pustules phlysaciées* sont volumineuses, circulaires, à *base dure et enflammée*. Elles présentent à leur sommet une dépression ombiliquée ou un point noir central; elles se terminent par dessiccation. La croûte qui leur succède est brune ou noire, très épaisse; au-dessous d'elle, le derme est exulcéré, et, quand la croûte tombe, elle laisse

après elle une *dépression cicatricielle indélébile*. Ces pustules sont celles de la *variole*, de la *vaccine*, de l'*ecthyma*, de la *syphilide pustuleuse*, de l'*acné*, etc.

Les *pustules psydraciées* sont petites, éparses, irrégulièrement disposées en groupes; *leur circonférence n'est ni rouge ni enflammée;* elles ne s'ombiliquent jamais. — Les croûtes qui leur succèdent ont des formes variées : tantôt isolées, tantôt réunies en nappe. *Elles ne laissent jamais de cicatrice*. — Le type de ce genre est l'*impétigo*.

Quel que soit le groupe auquel elles appartiennent, les pustules peuvent être de *cause interne* ou de *cause externe;* examinons successivement leurs principales variétés :

Pustules de cause interne.

1° L'*éruption variolique* se fait après *deux ou trois jours de prodromes;* elle est précédée et accompagnée de courbature, de douleurs lombaires, de fièvre et de phénomènes généraux, sur lesquels nous n'avons pas à insister ici. — L'éruption débute par la face et se montre d'abord sur le menton et sur la surface cutanée des lèvres (Grisolle); elle envahit successivement le tronc, les membres supérieurs et inférieurs; elle s'effectue ainsi en deux, trois ou quatre jours. Les saillies de la variole, avant d'arriver à l'état pustuleux, passent par les phases que nous avons indiquées plus haut : tache, papule, vésicule. — Elles sont en nombre variable, parfois tellement abondantes que les élevures se touchent par leur circonférence : la variole est dite alors *confluente*. Quand la confluence, au lieu d'être générale, ne se fait que par places et par groupes, on a une *variole en corymbes*. — Dans la *variole discrète*, les pustules sont disséminées.

Les élevures s'ombiliquent dès le troisième jour de l'éruption, alors qu'elles ne sont encore que des vésicules, et au moment où l'on voit apparaître deux autres symptômes importants : le ptyalisme et l'enflure de la face. Cette ombilication d'ailleurs n'est pas appréciable dans les varioles confluentes, spécialement à la face, où il semble n'exister qu'une vésicule unique, qui recouvre toute la figure du malade comme d'une pellicule blanchâtre.

Ce n'est que vers la fin du sixième ou dans le cours du septième jour de l'éruption, que la suppuration apparaît et que les vésicules de-

viennent des pustules : elles s'agrandissent davantage et se remplissent d'un liquide opaque et purulent. La suppuration est accompagnée, dans les varioles confluentes d'un redoublement, et dans les varioles discrètes d'une réapparition de la fièvre, qui s'était calmée une fois l'éruption complète. Elle apparaît, pour les différentes régions, dans le même ordre que l'éruption elle-même, d'abord à la face, en dernier lieu aux mains et aux pieds. Le gonflement des mains et des pieds, qui apparaît vers le dixième jour de l'éruption, est en rapport avec cette suppuration des pustules.

La *dessiccation* commence à la face *dès le huitième jour ;* elle n'est complète aux mains et aux pieds qu'après le *quinzième jour de l'éruption.* — C'est alors que les malades exhalent cette odeur nauséabonde qu'on a comparée à l'odeur de l'urine de chat. Les croûtes tombent du quinzième au vingtième jour. Les cicatrices qui leur succèdent sont plus difformes, quand les malades ont arraché prématurément les croûtes, au lieu d'attendre leur chute spontanée.

2° La *pustule vaccinale* n'évolue pas dans le même temps que la pustule variolique. Elle apparaît *trois ou quatre jours après l'inoculation;* l'éruption qui se montre plus tôt est de la fausse vaccine. — Elle débute par un point dur, saillant, prurigineux, qui, au sixième jour, s'élargit, s'aplatit, s'ombilique à son centre en prenant un éclat argenté. La pustule s'entoure d'un bourrelet inflammatoire; elle est accompagnée d'engorgement ganglionnaire douloureux, et parfois, surtout chez les adultes, rarement chez les enfants, de fièvre et de phénomènes généraux. — La dessiccation s'opère vers le douzième jour, et la croûte tombe vers le vingtième environ.

3° Les pustules de l'*ecthyma* sont arrondies, volumineuses, à base rouge et enflammée; elles sont généralement localisées à une région et siègent surtout aux membres, aux fesses, aux épaules et au cou. La maladie débute par des points rouges, indurés, qui dès le deuxième ou troisième jour contiennent du pus, deviennent opaques et prennent le caractère pustuleux. Vers le septième jour, la tumeur s'ouvre; le pus se concrète et donne lieu à une croûte plus ou moins longue à se détacher et qui parfois laisse à sa suite une ulcération. — On observe l'ecthyma chez les enfants mal nourris (*ecthyma infantile*), chez les vieillards et les individus affaiblis par la misère ou les excès (*ecthyma cachecticum*). Enfin il peut être symptomatique d'une maladie générale. Dans la fièvre typhoïde par exemple, l'ecthyma est un épiphé-

nomène assez fréquent; les pustules alors siègent aux fesses, et leur pus renferme des bactéries. L'affection qu'on a décrite sous le nom d'ecthyma syphilitique n'est autre chose que la syphilide pustuleuse.

4° Les *pustules syphilitiques* sont généralement discrètes; elles sont localisées à une région du corps, rarement généralisées. — Elles peuvent se présenter sous deux formes différentes : les unes sont petites et dures, conoïdes, ramassées par groupes qui occupent de préférence la face et surtout le front, et simulent l'acne rosacea; elles se dessèchent lentement, et la croûte qui leur succède laisse en tombant soit une petite cicatrice circulaire, soit une simple tache cuivrée. — Les autres sont plus larges, plus volumineuses; elles siègent sur le cuir chevelu, sur la poitrine, sur les jambes, où elles sont disséminées en petit nombre. Elles donnent lieu à une croûte noirâtre volumineuse qui se rapproche de celle du rupia; cette croûte est très adhérente, et laisse, à sa suite, soit une cicatrice déprimée, qui présente la teinte caractéristique de la syphilis, soit une véritable ulcération, qui se recouvre de nouvelles croûtes à plusieurs reprises, avant de guérir définitivement. Cette dernière forme, qui est, à proprement parler, l'*ecthyma syphilitique*, s'observe non seulement chez l'adulte, mais, de même, trois semaines ou un mois après la naissance, chez les enfants qui ont été infectés dans le sein maternel.

5° L'*acné*, qui est l'inflammation des follicules sébacés, est caractérisé par des pustules indurées à base rouge, siégeant principalement à la face et sur le dos. Ces pustules effectuent leur évolution en quatre à six jours en moyenne; elles deviennent alors blanchâtres et acuminées, et, si on les perce, on en fait sortir une goutte de pus et un petit bourbillon formé par l'accumulation de la matière sébacée. — Tel est l'*acne simplex*, qui est la variété la plus fréquente. Ce n'est pas ici le lieu de donner les caractères distinctifs des différentes formes d'acné; mentionnons seulement l'*acne rosacea*, qui est une forme spéciale qu'on observe surtout chez les femmes au moment de la ménopause. — Les autres espèces d'acné sont surtout fréquentes au moment de l'adolescence et dans la jeunesse. Il faut savoir que certaines éruptions acnéiques reconnaissent pour cause l'ingestion de l'iodure ou du bromure de potassium; c'est là une donnée séméiologique importante.

6° Les *pustules gangréneuses de la peste*, désignées sous le nom de *charbons* (parce qu'en effet elles présentent de l'analogie avec la pus-

tule maligne), sont aussi des pustules phlysaciées. Avec les bubons, les anthrax et les pétéchies, les charbons pestilentiels constituent les quatre symptômes objectifs les plus importants de cette maladie. Ces pustules sont entourées d'une auréole rouge et remplies d'une sérosité brune ou noirâtre, qui, après avoir atteint le volume d'une aveline, se déchirent et laissent à nu une surface complètement gangrénée (Grisolle).

7° Toutes les pustules précédentes sont phlysaciées; celles de l'*impetigo* sont dites *psydraciées*.

L'impétigo est caractérisé par l'éruption de petites pustules quelquefois discrètes, le plus souvent agglomérées, qui fournissent, pendant quelque temps, un suintement melliforme assez abondant et dont la dessiccation donne lieu à des croûtes jaunâtres et épaisses. — Ces croûtes sont quelquefois très persistantes, car, à mesure qu'elles se détachent, sous l'influence des cataplasmes ou autrement, on en voit de nouvelles se reproduire à la même place. Enfin, quand elles tombent définitivement, la peau qu'elles recouvraient reste rouge, luisante, quelquefois gercée et excoriée, rarement ulcérée : cette ulcération consécutive ne s'observe guère que dans l'*impetigo rodens* du nez. Il est encore d'autres éléments de diagnostic de l'impétigo qu'il nous est impossible de passer sous silence : la constitution d'abord, puis l'âge du sujet, et le siège de l'affection. Les pustules impétigineuses sont l'attribut presque exclusif des individus à tempérament lymphatique; on les voit surtout dans l'enfance et dans l'adolescence. — La tête est leur siège de prédilection, soit qu'elles occupent, sous forme de plaque arrondie ou ovalaire, une surface assez large de la joue (*impetigo figurata*), soit qu'elles se présentent à l'état de pustules isolées (*impetigo sparsa*). La gourme des enfants scrofuleux ou malpropres est une variété d'impétigo (*impetigo larvalis*). Enfin, sur le cuir chevelu, la maladie affecte une forme spéciale : le pus des pustules se concrète et se dessèche autour des cheveux et donne l'apparence de petits fragments de plâtre ou de mortier, colorés en brun par des gouttelettes de sang (*impetigo granulata*). En cas de doute sur le diagnostic, il est bon de savoir que l'impétigo des enfants est parfois une affection contagieuse, ainsi que Devergie l'a montré, croyons-nous, le premier.

Pustules de cause externe.

Telles sont les différentes variétés de pustules produites par une cause interne, générale, virulente ou constitutionnelle. Il en est d'autres qui sont dues aux agents extérieurs ; elles se rattachent, d'ailleurs, par leur forme, par leur marche et leur terminaison, par leur développement histologique aux deux groupes cliniques que nous avons décrits plus haut : les phlysaciées et les psydraciées.

De ces *pustules de cause externe*, quelques-unes sont *parasitaires* : ce sont celles de la mentagre et celles de la gale.

La nature parasitaire de la *mentagre* ou *sycosis* a été démontrée par Bazin. D'après Ch. Robin [1], le champignon qui lui donne naissance est le *miscrosporon mentagrophytes;* il est situé dans la profondeur du follicule pileux. — La mentagre est caractérisée par l'éruption successive de pustules volumineuses et de tubercules qui se développent sur le menton, sur les lèvres et sur les régions latérales de la face, en un mot partout où il y a de la barbe. L'éruption pustuleuse est primitive; les tubercules ne sont que consécutifs et résultent de l'induration secondaire de la peau. — Au reste, les pustules de la mentagre présentent tous les caractères des pustules phlysaciées.

Les pustules de la *gale* sont généralement assez faciles à distinguer des autres ; elles sont accompagnées de vésicules qui n'ont pas encore subi la transformation pustuleuse et d'autres lésions multiples, car la polymorphie est le caractère essentiel de cette affection. Joignez à cela les démangeaisons et le siège de prédilection des lésions scabieuses, et le diagnostic ne pourra pas rester longtemps dans le doute.

Les autres pustules de cause externe sont *artificielles* et résultent de l'application sur la peau de substances irritantes végétales ou minérales :

La teinture d'aconit,
Le suc de l'euphorbe,
Les emplâtres stibiés,
La manipulation des chromates et des matières arsenicales,
Le contact de certains acides minéraux ;
Telles sont les principales causes des pustules artificielles ou provo-

1. Voy. Ch. Robin, *Histoire naturelle des végétaux parasites.*

quées. Ces pustules ne présentent d'ailleurs rien de particulier au point de vue anatomique, et la connaissance de leur origine, leur siège, les renseignements fournis par le malade seront les seuls éléments du diagnostic.

SECTION V. — PAPULES.

Nous avons terminé ce qui a trait aux boutons ou efflorescences humides; nous abordons maintenant les efflorescences sèches, qui comprennent les papules, les tubercules et les squames.

La papule est une petite élevure solide, pleine et résistante; sa forme est tantôt conique, tantôt aplatie ou lenticulaire; dans l'urticaire, ce n'est plus une simple saillie, mais une véritable plaque papuliforme.

Le volume des papules varie depuis une tête d'épingle jusqu'à une lentille. Leur couleur est généralement rouge; mais, dans l'urticaire, elles sont au contraire très pâles, avec des bords rouges.

Jamais les saillies papuleuses ne renferment de liquide; le plus souvent, elles occasionnent de vives démangeaisons; celles-ci font défaut, toutefois, dans les papules d'origine syphilitique.

Les papules ont une durée variable, mais toujours assez longue et généralement indéterminée. Elles se terminent par résolution ou par desquamation furfuracée : c'est ce qu'on observe dans le lichen et parfois dans la syphilis; mais, dans d'autres cas, les papules syphilitiques laissent à leur suite une légère cicatrice. Accidentellement, la papule peut présenter une excoriation à son sommet, comme dans le prurigo.

Les éruptions papuleuses sont confluentes ou discrètes, tantôt généralisées, tantôt localisées à une région. On les trouve alors de préférence sur la face et sur le tronc; elles occupent spécialement la base des poils.

Le siège anatomique de la papule est la papille cutanée, et aujourd'hui tous les histologistes, Rindfleisch, Neumann, Cornil, considèrent cette lésion comme le résultat d'un *processus inflammatoire*. Cependant il faut faire une exception pour l'*acne milium* d'Hébra, qui n'est autre chose qu'une accumulation de sébum dans les follicules sébacés.

Le plus souvent, la papule est constituée par une papille agrandie dans toutes ses dimensions, en longueur et en largeur, sans que sa forme soit sensiblement modifiée. Mais quelquefois la lésion n'est pas limitée à des papilles isolées ; elle prend en masse un certain nombre de papilles agglomérées : c'est ce qu'on voit par exemple dans le *lichen planus*.

La papule débute par une congestion intense des vaisseaux papillaires ; cette congestion est très considérable dans ce même *lichen planus*, qui, pour cette raison, a reçu aussi le nom de *lichen ruber*. Dans d'autres formes, elle peut même aller jusqu'à la rupture ; il se fait alors une petite hémorrhagie dans le sein de la papille augmentée de volume ; c'est ce qui explique la coloration violacée du *lichen lividus*.

Dans tous les cas, la congestion est suivie d'une extravasation séreuse et, sous l'influence de l'irritation qui en résulte, d'une néoformation conjonctive, qui infiltrent et gonflent la papille. Celle-ci soulève l'épiderme dans son entier, le corps muqueux et la couche cornée. L'épiderme corné ne présente aucune altération, mais les cellules de la couche de Malpighi peuvent être atteintes d'une transformation vésiculeuse semblable à celle que nous avons mentionnée dans les taches érythémateuses ou congestives.

Dès lors, la papule est constituée, et son siège dans la papille rend compte de l'hyperesthésie qui l'accompagne le plus souvent. Dans la syphilis au contraire, d'après certains auteurs, l'exsudat se produit plutôt autour des papilles que dans leur intérieur, et, en les comprimant de dehors en dedans, il finit par les atrophier. Cet exsudat se résorbe à la longue, mais la papille ne recouvre pas tout à fait son état normal, elle s'affaisse, et une dépression cicatricielle persiste indéfiniment. L'intégrité de la papille, pendant toute l'éruption, explique l'absence de démangeaison qui caractérise la papule d'origine syphilitique.

La rougeur de la papule est due à la congestion du réseau papillaire ; mais l'exsudation peut être tellement rapide et tellement abondante à la fois, qu'elle comprime les vaisseaux ; le centre de la papule se trouve alors anémié et prend un aspect blanchâtre à la surface, tandis qu'au contraire les bords sont rouges par suite de la fluxion collatérale : telles sont les larges papules de l'urticaire.

Comme les autres lésions que nous avons déjà passées en revue, les

affections papuleuses peuvent être rangées, suivant leur cause, dans trois groupes différents :

1° Les papules de cause interne ;

2° Les papules de cause externe ;

3° Les papules pathogénétiques.

Affections papuleuses de cause interne.

1° En premier lieu nous trouvons le *lichen* et ses variétés. D'une manière générale, le lichen est caractérisé par des papules discrètes ou non, *mais toujours plates*, de volume variable, dont la couleur peut aller du rose au rouge et au violet, et qui sont le siège d'une cuisson ou d'une démangeaison plus ou moins violente. C'est une affection de la jeunesse et de l'âge moyen de la vie; elle appartient à toutes les constitutions, même la scrofuleuse (lichen scrofulosum).

Les papules du *lichen simplex* sont tantôt disséminées, tantôt réunies en groupes de trois ou quatre. Elles sont en général aplaties et provoquent de vives démangeaisons.

Dans le *lichen agrius*, les papules sont moins aplaties ; mais la démangeaison est encore plus violente La peau est rapidement couverte d'excoriations multiples déterminées par le grattage, et il n'est pas rare même de voir survenir, à titre de complication, une éruption eczémateuse qui est le résultat de l'irritation cutanée.

La papule du *lichen lividus* ou hémorrhagique est aplatie et peu démangeante. On la reconnaît à sa coloration violacée spéciale.

Enfin le *lichen urticans* présente de larges papules disséminées qui provoquent une cuisson et une démangeaison insupportables.

2° Le *prurigo* se voit quelquefois chez les jeunes gens, mais c'est surtout une affection de la vieillesse. Il peut être déterminé par des causes internes et par des causes externes, principalement par des parasites ; pour le moment, nous ne nous occupons que du prurigo de cause interne. Les papules qui le caractérisent sont coniques, acuminées ; elles provoquent des démangeaisons très vives, surtout pendant la nuit. Presque toujours, ces papules sont surmontées d'une tache rouge ou d'une petite croûte sanguinolente déterminées par le grattage. Le prurigo est disséminé au début, mais bientôt il se généralise et recouvre alors la presque totalité du corps.

Il est une variété de prurigo connue sous le nom de *prurigo hépatique* et qu'on observe dans le cours de l'ictère. Les papules qui le constituent sont très petites, quelquefois à peine apparentes, mais elles donnent lieu à de violentes démangeaisons. Dans certains cas, même, l'éruption fait complètement défaut ; il n'y a que de l'hyperesthésie, du *prurit* proprement dit. Quelques auteurs ont prétendu que le prurigo hépatique était déterminé par le passage des sels biliaires au travers de la peau.

3° On observe chez les nouveau-nés et chez les jeunes enfants, souvent à l'époque de la première dentition, une éruption de papules rosées, assez pâles, plus volumineuses et moins démangeantes que celles du prurigo, à laquelle on a donné le nom de *strophulus*. Les papules du strophulus siègent à la face et sur les membres, quelquefois sur le tronc ; elles disparaissent et se reproduisent d'une manière intermittente, et se terminent par résolution ou par desquamation furfuracée. Il est facile de confondre cette affection avec une éruption discrète de varicelle.

4° Les papules de la *syphilide papuleuse* sont plates, lenticulaires ; elles sont indolentes, disséminées ou réunies en groupes, en corymbes, ou circinées avec une surface de peau saine au centre. Leur coloration cuivrée caractéristique, la collerette épidermique qui les borde (collerette de Biett) suffisent pour les faire reconnaître. Elles siègent fréquemment à la face ; sur le front, elles constituent ce qu'on a appelé la couronne de Vénus (corona Veneris).

5° Les papules de l'exanthème connu sous le nom d'*urticaire* sont des plaques saillantes, étalées, quelquefois rouges, mais le plus souvent blanches avec des bords rouges, et ressemblant aux piqûres d'orties. Elles relèvent tantôt d'une cause interne, tantôt d'une cause externe, et dans d'autres cas sont produites par l'ingestion de certains aliments (condiments, poissons, moules, fraises, etc.). Mais, comme dans ces cas-là même l'éruption ortiée ne survient que chez des individus prédisposés, nous avons cru devoir la placer avec les papules de cause interne.

Les plaques de l'urticaire (*pomphus* ou *pomphyx*) sont généralement assez larges ; elles sont le siège d'une démangeaison et d'une cuisson intolérables ; on peut les trouver sur toute la surface du corps ; quand elles siègent à la face, elles produisent une intumescence telle que le malade est presque méconnaissable.

L'urticaire apparaît très rapidement et disparaît de même sans laisser de traces.

Les caractères précédents, et surtout la couleur, la largeur et l'élévation des plaques papuliformes, le prurit intense dont elles sont le siège, leur durée éphémère empêchent de confondre l'urticaire, d'une part avec l'érythème, et d'autre part avec les autres variétés de papules.

L'examen histologique de cette lésion a été fait par Rindfleisch, par Neumann et par E. Vidal. Ces auteurs ont trouvé que la plaque ortiée ne différait pas, au point de vue anatomique, des autres papules. C'est une congestion papillaire, suivie d'exsudation séreuse et d'un véritable œdème de la papille, dont la résorption est très facile, ce qui explique la fugacité de l'éruption.

Papules de cause externe.

Elles ont d'habitude une coloration très vive, surtout quand elles sont récentes.

Les *parasites* font naître fréquemment des éruptions papuleuses; en premier lieu, nous devons citer le *prurigo pédiculaire*. Cette affection s'observe surtout chez les vieillards et chez les individus malpropres. Ces papules siègent principalement sur le tronc, les cuisses, sur les jambes, sur les bras et sous les aisselles; jamais elles n'occupent le visage. On reconnaît facilement leur nature par la constatation de la cause qui les a produites. Les *piqûres d'insectes* de plusieurs espèces, et notamment des *cousins*, et d'un genre d'arachnides nommé *thrombidion*, occasionnent aussi pendant l'été, chez les personnes qui séjournent au bord de l'eau, des éruptions de papules larges et très douloureuses. Ces papules, qui, par leur aspect, rappellent un peu celles de l'urticaire, sont aussi cuisantes que celles du prurigo pédiculaire. Il n'est pas rare, en raison des démangeaisons et du grattage qu'elles provoquent, de les voir s'accompagner d'une légère suffusion hémorrhagique qui persiste pendant quelques jours.

L'*éruption scabieuse* débute aussi par une papule ; mais celle-ci n'est que transitoire ; elle est bientôt remplacée par une vésicule, qui elle-même, souvent, se transforme en pustule.

Le contact de certains *végétaux* détermine des éruptions papuleuses

du même ordre que les précédentes ; en première ligne, il faut placer les *piqûres d'orties*, qui ont servi d'objet de comparaison pour l'urticaire.

Citons enfin, comme causes possibles de la production de papules à la surface de la peau :

Les *frictions avec l'ipéca*,

Les *frictions avec l'onguent napolitain*,

L'action du *fulminate de mercure* (un seul exemple cité par Rayer),

L'action du *calorique rayonnant* sur les parties découvertes, etc.

Dans ce dernier cas, les papules sont rouges et aplaties ; elles siègent sur les mains, les bras, le visage (*Lichen tropicus*). Elles suivent une marche chronique, avec exacerbations aiguës de temps en temps.

Les éruptions papuleuses que l'on observe chez les *ouvriers cannissiers* doivent être aussi rapportées à une cause mécanique. Les papules sont coniques, miliaires, et reposent sur une base congestive. Elles naissent sous l'influence du contact des poussières piquantes qui se répandent sur le corps de ces ouvriers.

Papules pathogénétiques.

L'ingestion prolongée de l'*iode* et de ses composés peut faire naître, en vertu d'une prédisposition spéciale, une éruption papuleuse, confluente sur le front, et disséminée sur le reste du corps.

L'*arsenic* et même le *mercure* produisent également des éruptions analogues.

Section VI. — Tubercules.

Le mot tubercule est une expression impropre. Dans la pathologie ordinaire, il s'applique à une affection qui n'a rien de commun avec les lésions auxquelles on donne ce nom en dermatologie. Nous ne conservons cette dénomination que parce qu'elle est consacrée par l'usage, en faisant remarquer toutefois qu'il serait préférable de la remplacer par les mots *tubérosité* ou *nodosité*, qui répondent beaucoup mieux à l'idée qu'on se fait de cette lésion cutanée.

Contrairement aux auteurs qui nous ont précédés, nous comprendrons l'expression de tubercule dans son sens le plus large, et nous

appellerons affections tuberculeuses de la peau toutes celles qui sont caractérisées par de petites tumeurs solides, ordinairement circonscrites, quelquefois cependant étalées, mais toujours indurées et persistantes.

Le volume des tubercules est toujours plus considérable que celui des papules ; il varie depuis un pois jusqu'à une grosse noisette ; au delà de cette dimension approximative, la lésion prend le nom de tumeur.

Tantôt les tubercules sont solitaires, comme les tubercules anatomiques, l'épithélioma tuberculeux et certaines formes de lupus ; tantôt, au contraire, ils sont multiples, comme dans la généralité des lupus, dans la syphilis, la lèpre, le cancer cutané, le molluscum, le mycosis fongoïde, le sycosis, etc.

Ils présentent une coloration différente suivant les maladies auxquelles ils appartiennent. Dans le molluscum sessile, ils ont la couleur de la peau ; dans le mycosis fongoïde, une couleur rosée et une surface lisse ou parfois traversée par des sillons profonds, qui la divisent en lobules multiples. Le tubercule du lupus est rouge livide ; celui de la syphilis est rouge cuivré ; celui de la lèpre, rouge vineux ou bistre. Enfin, la surface du cancer cutané présente un fond blanc sillonné de fines arborisations vasculaires.

Ordinairement, les tubercules ne provoquent pas de démangeaisons : tels sont par exemple ceux de la syphilis et du molluscum sessile. Cependant, le bouton de Biskra fait exception à cette règle ; il est le siège d'un prurit assez vif. Le cancer cutané est accompagné de douleurs à une certaine période de son développement. Dans la lèpre, au contraire, non seulement le tubercule est indolent, mais encore sa surface est absolument insensible : d'où le nom de lèpre anesthésique. Enfin le lupus tuberculeux produit un sentiment de tension et de tiraillement plus ou moins pénible. D'autres tubercules, ceux de la syphilis, sont absolument indolores.

Certains tubercules peuvent se ramollir et donner lieu à une collection purulente : c'est ce qu'on observe dans le furoncle et dans le sycosis, que nous comprenons dans le cadre des tubercules, parce qu'à leur début ils affectent l'un et l'autre la forme de nodosités cutanées, et qu'à leur suite ils laissent fréquemment une induration persistante. Mais ce ramollissement des élevures tuberculeuses, à part quelques maladies bien déterminées, est un fait exceptionnel, et, ordinairement, les tubercules restent indurés.

Le plus souvent aussi, leur marche est chronique et leur durée très longue : voyez plutôt le lupus, la syphilis, le molluscum, le cancer. Cependant le furoncle, le mycosis, etc., présentent une évolution plus rapide et une marche aiguë.

La terminaison des tubercules est variable ; tantôt ils continuent à s'accroître et peuvent acquérir un volume considérable : ce sont alors de véritables tumeurs, comme le molluscum. D'autres fois, ils se terminent par résolution (lupus, syphilis, sycosis), ou par atrophie cicatricielle (lupus, syphilis), ou par ulcération (lupus, syphilis, etc.). Dans d'autres circonstances encore, ils persistent indéfiniment à l'état d'induration. Enfin quelquefois, consécutivement aux ulcérations, on voit se produire des croûtes, qui, dans la syphilis en particulier, présentent une coloration brunâtre.

Les tubercules, d'une manière générale, peuvent être observés sur toute la surface du corps ; cependant ils ont parfois un siège de prédilection. C'est ainsi que le lupus se développe de préférence sur le visage, plus rarement sur le tronc et sur les membres. Les tubercules syphilitiques peuvent être disséminés ; mais, quand l'affection est ancienne, ils se présentent en groupes nettement circonscrits. Les tubercules cancéreux isolés siègent surtout dans le voisinage de la tumeur principale, ainsi qu'on peut l'observer pour le cancer du sein ; mais ils se généralisent souvent. Le bouton de Biskra occupe la face et les membres. Les tubercules de la lèpre siègent aussi de préférence sur le visage et sur les membres. Enfin le molluscum se montre également sur le tronc, sur les membres, et particulièrement sur leur face antérieure, quand il est sessile.

Le cadre si large dans lequel nous faisons entrer les différentes tubérosités de la peau fera comprendre facilement la diversité des altérations anatomiques qui les constituent. Il nous est impossible, pour le moment, de nous arrêter sur les nombreux détails d'anatomie pathologique qui trouveront place dans les descriptions particulières. Qu'il nous suffise de dire dès maintenant que le tubercule, quelle que soit sa nature, a un siège anatomique précis dans le derme ou dans les organes qu'il contient, et dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le plus souvent, les productions tuberculeuses ont pour point de départ une néoformation conjonctive occupant le corps papillaire et le derme proprement dit : c'est ce qu'on observe dans le lupus, dans la syphilide tuberculeuse, dans les gommes, dans le molluscum, etc. Les dif-

férences, qui viennent ultérieurement caractériser ces diverses espèces de lésions, dépendent du mode d'évolution de l'élément conjonctif ou lamineux primitif. Tantôt les noyaux embryoplastiques ou les corps fibroplastiques de nouvelle formation, après s'être multipliés, restent dans cet état et ne donnent pas naissance à des fibres conjonctives ; la résorption des éléments nouveaux est alors facile : les tubercules

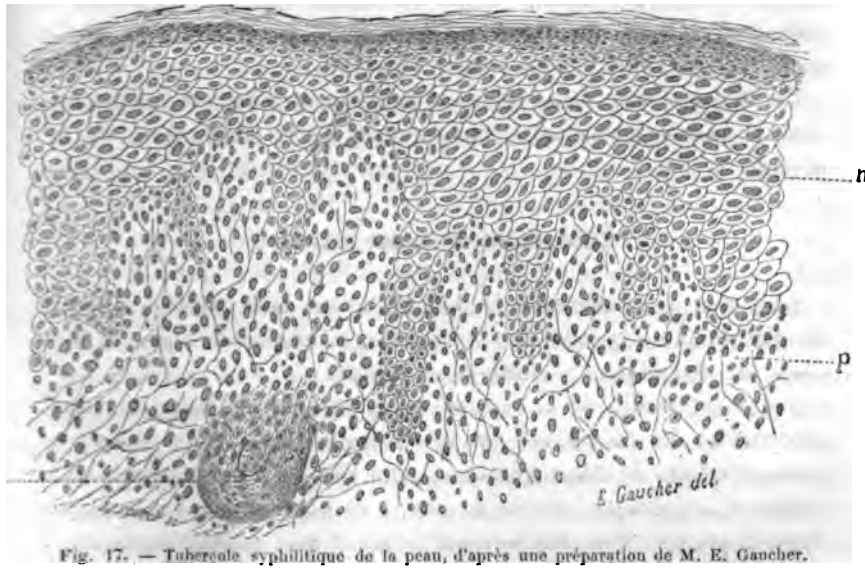

Fig. 17. — Tubercule syphilitique de la peau, d'après une préparation de M. E. Gaucher.
m. Couche de Malpighi. — p. Derme et papilles hypertrophiées et infiltrées d'éléments embryonnaires de nouvelle formation. — v. Vaisseau sclérosé, coupé obliquement.

syphilitiques sont dans ce cas. Tantôt au contraire les éléments embryonnaires effectuent leur organisation définitive à l'état de tissu lamineux ; le tubercule alors, loin de disparaître, persiste et s'accroît de jour en jour : c'est ce qu'on voit dans le molluscum et quelquefois dans le lupus. Tantôt enfin les cellules fibroplastiques subissent la dégénérescence granuleuse ou graisseuse, et cette transformation régressive, souvent accompagnée de suppuration, a pour résultat le ramollissement de la nodosité tuberculeuse : les gommes sont un exemple de ce dernier mode d'évolution.

Mais tous les tubercules ne sont pas constitués par la prolifération ou la production nouvelle d'éléments du tissu conjonctif ; quelques-uns sont formés par un tissu spécial, ceux du cancer par exemple. Quant au mycosis, sa structure, bien que se rattachant certainement

au tissu lamineux, a été le sujet de trop de discussions pour que nous nous y arrêtions dans cet aperçu général. Le furoncle est de même une lésion complexe et dont le siège a été placé successivement dans toutes les parties de la peau.

D'autres tubercules occupent, non pas le derme proprement dit, mais les organes qu'il contient. Le sycosis siège dans les follicules pileux, l'acné hypertrophique dans les glandes sébacées. Les tubercules de l'adénome sudoripare ont pour point de départ les glandes du même nom, ainsi que l'a prouvé Verneuil.

Par la description d'ensemble qui précède, on peut voir quelle est, dans la pathologie cutanée, l'importance de la séméiologie du tubercule.

Tubercules de cause interne.

La plupart des tubercules reconnaissent une *cause interne*, générale ou diathésique : la scrofule, la syphilis, le cancer, la lèpre, le mycosis, etc. Examinons ces différentes variétés :

1° Les tubercules de la *scrofule* appartiennent au *lupus*. Le lupus tuberculeux est caractérisé par des nodosités d'un rouge foncé, ne provoquant pas de démangeaisons, mais suivies d'une desquamation légère. Ces nodosités peuvent se réunir et forment alors une masse hypertrophique, d'un rouge vineux, qui a une grande tendance à s'étendre et à s'ulcérer.

2° Les *tubercules* et les *gommes syphilitiques* ont une coloration cuivreuse. Les tubercules se recouvrent souvent de squames grisâtres (syphilide tuberculo-squameuse), ils sont quelquefois entourés de la collerette de Biett ; généralement, ils se terminent par résolution ; ils peuvent s'ulcérer. L'ulcération est au contraire la terminaison habituelle des gommes ; l'ulcère gommeux est taillé à pic et donne issue à un liquide visqueux.

3° Dans le *cancer*, il existe, au voisinage des points malades, des nodosités qui suivent souvent le trajet des vaisseaux lymphatiques. Leur surface est tantôt indolente ; tantôt au contraire elle est le siège de douleurs intermittentes. Mais, indépendamment de ces lymphangites cancéreuses et des nodosités cutanées ou sous-cutanées auxquelles elles donnent lieu, le cancer peut, assez rarement il est vrai, siéger primitivement dans la peau elle-même, sous forme de

tubercules plus ou moins volumineux, à marche envahissante et rapidement ulcéreuse, accompagnés de douleurs lancinantes et d'engorgement ganglionnaire. Les tubercules du cancer mélanique se reconnaissent à leur coloration particulière.

Le *cancroïde* de la peau débute aussi par une sorte de bouton ou de tubercule douloureux et saignant facilement, qui s'accroît et ne tarde pas à s'ulcérer.

4° Les tubercules de la *lèpre grecque* sont étalés, confluents, et produisent une sorte d'épaississement et d'induration de la région qu'ils occupent. Leur coloration varie du rouge sombre au bistre. Ils provoquent une desquamation en plaques. Souvent ils se terminent par des ulcérations qui laissent, après leur guérison, une cicatrice dure, dont la surface ne se couvre plus de tubercules. Mais le caractère essentiel de ces nodosités est d'être généralement insensibles dans toute leur étendue.

5° Dans le *mycosis fongoïde*, les tubercules ont une coloration rose. Ils sont globuleux et de dimensions variables. Au niveau des glandes, leur dureté est énorme, ce qui ferait croire à l'existence d'un cancer. Ils s'ulcèrent très rapidement, mais ils peuvent disparaître aussi promptement, sans ulcération préalable et en ne laissant qu'une tache à la surface de la peau.

6° Les tubercules du *xantélasma* sont jaunes ou bruns, ou plus souvent d'une coloration fauve intermédiaire. Ils sont accompagnés de taches de même couleur et d'un état cachectique particulier.

7° Le *furoncle* est une lésion inflammatoire de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, caractérisée par une tubérosité conique, dure, douloureuse, dont l'ouverture naturelle ou artificielle est suivie de l'expulsion d'une petite masse de tissu sphacélé à laquelle on a donné le nom de bourbillon. L'anthrax est une accumulation de furoncles ; mais par son volume il rentre dans la classe des tumeurs, et nous n'avons pas à nous en occuper ici. Si nous plaçons le furoncle parmi les tubercules de cause interne, c'est qu'en effet il ne survient pas indifféremment chez tous les individus. Indépendamment de ses causes locales, telles que frottements, application sur la peau de corps irritants, etc., le furoncle est un épiphénomène observé à la suite de certaines fièvres éruptives ou infectieuses, et dans le cours d'affections générales, telles que le diabète. Il peut être aussi symptomatique d'un mauvais état des voies digestives et résulter d'excès de

travail ou d'excès de table. En un mot, il est certainement sous la dépendance d'un vice constitutionnel transitoire ou permanent.

8° Les tubercules du *molluscum* [1] sont de la couleur de la peau ; ils sont sessiles ou pédiculés, toujours indolents. C'est d'ailleurs un peu généraliser l'acception du mot tubercule que de l'appliquer à ces productions, qu'on pourrait tout aussi bien ranger parmi les tumeurs.

9° Nous devons mentionner enfin les tubercules de la *kéloïde spontanée* [2]. Au début, ce sont des taches ou des boutons dont la saillie augmente insensiblement. Ils prennent alors l'aspect de tubercules arrondis, allongés ou irréguliers, durs, élastiques, rénitents, blancs ou rouges, suivant leur richesse vasculaire (kéloïde blanche et kéloïde rouge de Bazin). Peu à peu, les tubercules grossissent et deviennent de véritables tumeurs. On les observe surtout à la région sternale, mais ils peuvent siéger sur toutes les parties du corps.

Tubercules de cause externe.

En première ligne, il faut placer le *tubercule anatomique*. C'est une nodosité d'une persistance désespérante, qui apparaît fréquemment à la suite des piqûres faites avec les instruments qui servent aux dissections des cadavres.

Les tubercules de la *mentagre* ou *sycosis parasitaire* ont un siège spécial sur la face, dans les régions pourvues de barbe. Ils sont toujours accompagnés de pustules. La pustule est l'accident initial presque constant; le tubercule n'est, en somme, qu'une induration inflammatoire consécutive.

Quant aux ***nodosités inflammatoires consécutives aux piqûres*** de guêpes, de cousins, etc., elles méritent à peine le nom de tubercules. Leur apparition, leur évolution et leur disparition rapides les éloignent de ce genre de lésions. Ce sont plutôt de larges papules, ou, si l'on veut, des élevures papuliformes : nous en avons d'ailleurs déjà parlé dans le chapitre précédent.

1. Le nom de *molluscum* a été donné par les dermatologistes à des maladies bien différentes: à l'acné varioliforme, à l'acné miliaire, etc. Cette confusion doit cesser maintenant que l'histologie pathologique a permis de reconnaître la structure exacte de ces tumeurs. Sous le nom de molluscum, nous entendons seulement le *molluscum vrai* (fibrome molluscum de Virchow), formé de tissu fibreux en continuité directe avec le derme cutané.

2. Les kéloïdes spontanées sont des tumeurs fibro-plastiques ou sarcomes.

Section VII. — Squames.

La squame est une affection élémentaire sèche de la peau, qui consiste en débris épidermiques plus ou moins altérés, présentant une forme et des dimensions variables. Tantôt les squames ressemblent à une poussière, à du son (*desquamation furfuracée*), quelquefois même, d'après Hébra, à un véritable sable ; dans d'autres circonstances, ce sont des lamelles, recouvrant toute une région ou même s'étendant à toute la surface du corps : dans la scarlatine, par exemple, elles produisent un soulèvement épidermique presque général et se détachent par larges lambeaux. Mais, habituellement, la squame tient le milieu entre ces deux extrêmes. Ces différentes variétés sont importantes à connaître au point de vue séméiologique.

La squame a tour à tour été considérée comme une lésion élémentaire et comme une lésion deutéropathique, et en effet elle peut être l'une ou l'autre. Dans certaines circonstances, elle constitue à elle seule toute la maladie ; dans d'autres affections, elle n'apparaît que secondairement.

Les affections squameuses primitives sont le psoriasis, le pityriasis, l'ichthyose.

Les squames secondaires ou consécutives sont celles de la rougeole, de la roséole, de la scarlatine, des érythèmes et en particulier de la pellagre, de l'eczéma squameux, d'un grand nombre d'affections vésiculeuses, du pemphigus foliacé, etc.

Quoi qu'il en soit, la squame est plus ou moins épaisse, plus ou moins adhérente ; quand on l'arrache, on voit qu'elle repose le plus souvent sur un fond rouge et dans quelques maladies, le psoriasis par exemple, sur une élevure papuliforme. Cependant la surface sous-lamelleuse peut n'être pas rouge, comme dans le pityriasis alba et dans le pityriasis du cuir chevelu.

La coloration de la squame est très viariable et en rapport avec la maladie à laquelle elle appartient. Elle est d'un blanc nacré dans le psoriasis, café au lait dans le pityriasis versicolor, grisâtre dans la syphilis et noire dans l'ichthyose noire.

Les squames peuvent être accompagnées de démangeaisons (pityriasis) ou de cuisson (psoriasis et acrodynie).

Après leur chute, on trouve tantôt une surface unie et lisse, comme dans la rougeole et dans la pellagre ; tantôt au contraire, dans le psoriasis, l'eczéma, la surface cutanée est dure et rugueuse, et même, à la suite de certains eczémas anciens, il n'est pas rare de trouver la peau épaissie, fendillée, et les papilles hypertrophiées.

La squame résulte d'un processus irritatif ou congestif, rarement véritablement inflammatoire. Son mode de formation est variable selon sa durée, son étendue et l'espèce morbide à laquelle elle se rattache. Mais, pour toutes les variétés, la lésion fondamentale siège dans le corps muqueux. Elle consiste en une prolifération exagérée des cellules de la couche muqueuse de Malpighi, déterminée elle-même et entretenue par un état congestif anormal des vaisseaux du corps papillaire. Car c'est dans l'appareil vasculaire, et non dans le système nerveux, ainsi qu'on l'a prétendu à tort pour le psoriasis, qu'il faut chercher la cause première des affections squameuses protopathiques. Sous l'influence de la congestion permanente du derme et de l'exubérance de nutrition qui en résulte pour l'épiderme, les cellules superficielles, sans cesse soulevées par la prolifération subjacente, desquament très rapidement et n'ont pas le temps de se stratifier et, par conséquent, de se condenser en couche cornée. Les cellules, n'étant plus soudées les unes aux autres, permettent dans leur intervalle l'introduction de l'air : ainsi s'explique la coloration blanchâtre et nacrée des squames du psoriasis.

La squame caractérise des maladies bien différentes, et, à vrai dire, il serait difficile de s'en servir pour former une classe particulière de dermatoses, car, ainsi que nous l'avons déjà dit, elle est bien plus souvent consécutive que primitive. Cependant ce sont les affections squameuses primitives qui présentent la plus grande importance, ce sont celles qui doivent nous arrêter tout d'abord.

Squames primitives ou protopathiques.

1° Le *pityriasis* est caractérisé par l'existence de petites squames blanches, nacrées, ayant la forme de poussières. Les squames se détachent facilement et provoquent des démangeaisons très vives. Tantôt elles reposent sur un fond rouge (pityriasis rubra), tantôt sur un fond blanc et nacré (pityriasis alba).

2° Dans le *psoriasis*, la squame est sèche, adhérente, nacrée, stratifiée, ressemblant à une goutte de bougie. Il est très rare qu'elle soit furfuracée. Elle repose sur un fond rouge, congestionné, légèrement surelevé et papuliforme ; en réalité, le psoriasis est une affection papulo-squameuse.

3° Les squames de l'*ichthyose* sont adhérentes et luisantes. Mais elles ne sont pas imbriquées comme dans le psoriasis. Elles donnent à la peau un aspect tout particulier, qui fait que l'épiderme semble craquelé en une multitude d'endroits.

4° La variété de *syphilide* dite *squameuse* est caractérisée par des squames grisâtres, rugueuses, inégales, adhérentes, reposant sur un fond cuivré. Quelquefois, la squame est épaisse, croûteuse et repose sur des élevures tuberculiformes ou papuliformes, mais dans ce cas elle est secondaire. La squame, en tant que lésion élémentaire dans la syphilis, n'est pas admise par Bazin, qui la considère toujours comme consécutive à une syphilide papuleuse plate. On ne peut douter cependant qu'elle ne constitue la lésion fondamentale de certaines syphilides palmaires et plantaires. Elle est alors grisâtre, comme nous venons de le dire, et présente un liseré spécial, détaché à la périphérie en forme de collerette (collerette de Biett).

Squames secondaires ou deutéropathiques.

Les squames sont observées, à titre de lésions consécutives, dans un grand nombre d'affections cutanées. Nous passerons très rapidement ces affections en revue, parce que les squames n'ont plus alors la même importance pour le diagnostic que dans la classe précédente. Tels sont principalement le pemphigus foliacé, la pellagre, l'acrodynie, la lèpre, les érythèmes, l'érysipèle, etc. Quant aux squames consécutives aux *brûlures* et à l'action des *vésicatoires*, elles présentent un médiocre intérêt, et nous ne faisons que les signaler.

1° Dans le *pemphigus foliacé*, les squames sont molles et humides, elles sont imbriquées et adhérentes par une de leurs extrémités, tantôt comme roulées et feuilletées. Elles provoquent une cuisson plus ou moins vive, tombent rapidement et sont immédiatement remplacées par d'autres squames, qui, comme les premières, répandent une odeur caractéristique qu'on a comparée à celle de la souris.

2° La desquamation de la *lèpre grecque* est précédée de taches blanches, fauves, ou grises. Lorsque l'épiderme est soulevé, la squame est transparente, nacrée, et se présente sous forme de plaques isolées, recouvrant des espaces frappés d'anesthésie.

3° Dans la *pellagre*, les squames ne se généralisent pas. Elles succèdent à une rougeur intense, siégeant sur la face dorsale des mains et des pieds, et provoquant une cuisson très pénible. Cette desquamation ne se montre qu'à une époque de l'année, au printemps.

4° La desquamation de l'*acrodynie* ressemble à celle de la pellagre; mais elle est précédée de gonflement, et on ne l'observe qu'aux pieds sur la face plantaire, tandis que dans la pellagre elle siège à la région dorsale.

5° Dans la *scarlatine*, l'épiderme se détache par larges lambeaux qui recouvrent quelquefois la plus grande partie d'une région : les doigts, les orteils, la paume de la main, la plante du pied, etc.

Il en est de même de l'*érythème scarlatiniforme*.

La desquamation est au contraire furfuracée dans la *rougeole*.

Les squames sont un peu plus grandes dans l'*érysipèle* et dans la plupart des *érythèmes*.

6° Quant aux squames que l'on observe à la période terminale des *affections vésiculeuses* (principalement l'eczéma et l'herpès), *papuleuses* (lichen) et *tuberculeuses*, elles n'ont rien en elles-mêmes de caractéristique et ne méritent pas de fixer plus longtemps notre attention.

Squames de cause externe.

Toutes les squames que nous venons d'examiner appartiennent à des maladies de cause interne; mais certaines causes extérieures peuvent aussi donner naissance à des affections squameuses.

En premier lieu, les parasites végétaux, du genre *microsporon*, tiennent sous leur dépendance quelques formes de pityriasis :

Le *pityriasis versicolor* (microsporon furfur),

Le *pityriasis alba*,

Le *pityriasis capitis*.

Pour toutes ces formes, l'examen microscopique est le meilleur moyen de diagnostic.

Les autres squames de cause externe sont dues au frottement ou à l'irritation prolongée de la peau : nous citerons principalement le pityriasis de la face provoqué par l'action du rasoir, le psoriasis artificiel des genoux chez les laveuses, chez les parqueteurs, chez les religieuses, etc. D'autres causes professionnelles peuvent déterminer une desquamation plus ou moins abondante des régions en contact avec les substances irritantes, par exemple la desquamation des mains et surtout des avant-bras chez les épiciers, les teinturiers, etc., etc.

TITRE II

Lésions secondaires ou deutéropathiques.

On appelle ainsi les lésions qui succèdent aux lésions primitives ou élémentaires de la peau. Elles relèvent tantôt d'une cause interne, tantôt d'une cause externe; souvent aussi elles sont le résultat de violences extérieures. C'est dans cette catégorie qu'il aurait déjà fallu ranger les *squames* dites *consécutives*, que nous avons examinées dans le chapitre précédent, avec les primitives, pour ne pas scinder l'étude des affections squameuses. La classe des lésions cutanées secondaires comprend de plus :

Les excoriations,
Les ulcérations,
Les fissures,
Les croûtes,
Les cicatrices,
Les atrophies,
Les hypertrophies,
Les tumeurs.

Nous ne faisons que mentionner les tumeurs, car ces lésions sont bien plus du domaine de la pathologie externe que de la dermatologie.

Enfin nous terminerons cette étude de pathologie générale par quelques considérations sur les altérations fonctionnelles de la peau.

Section I. — Excoriations.

Ce sont les pertes de substance qui atteignent seulement l'épiderme et ne dépassent jamais le sommet du corps papillaire ; généralement

même, leur fond est formé par le corps muqueux. Elles sont circulaires, ou ovalaires, ou allongées, parfois irrégulières, mais toujours nettement limitées. Leur surface est humide et présente d'habitude une coloration blanc rosé; mais, dans certains cas, cependant, elle est teintée de sang ou recouverte d'un liquide blanc ou jaunâtre; ce liquide s'épaissit et se concrète sous forme de pellicule mince ou de croûtes peu épaisses et peu résistantes, faciles à détacher.

Ces croûtes sont d'une coloration variable suivant les maladies auxquelles elles appartiennent; elles tombent ordinairement d'elles-mêmes, au bout d'un temps assez court, et, au-dessous d'elles, on trouve l'épiderme reconstitué. On n'observe jamais de cicatrice à la suite des excoriations.

Ces lésions ont souvent pour origine une *cause interne*.

Celles qui succèdent aux *affections vésiculeuses* (herpès, eczéma, etc.), présentent d'abord un suintement caractéristique et se recouvrent plus tard de squames grisâtres, qui disparaissent peu à peu.

Les excoriations consécutives aux *éruptions bulleuses* sont plus larges que les précédentes; en outre, elles ont une surface un peu saignante. La croûte qui les recouvre est plus souvent brune que grise.

A la suite des *tubercules*, les excorations sont rares; parmi les *papules*, on les observe surtout dans le prurigo; elles sont plus fréquentes à la suite des *pustules*. Dans toutes ces affections, elles présentent une surface humide et suintante; celle-ci se recouvre d'une croûte qui laisse, après sa chute, une surface rougeâtre. Les excoriations consécutives à la rupture des pustules psydraciées, comme celles de l'impétigo, sont couvertes d'une couche de muco-pus, bientôt concrété en croûtes jaunâtres, qui tombent en laissant au-dessous d'elles une surface lisse et unie.

Les excoriations de *cause externe* sont celles qui succèdent aux *brûlures*, à l'application d'un *vésicatoire*, à l'action de l'*ammoniaque* ou d'un autre caustique, etc. Elles peuvent être encore produites par le grattage ou par le frottement d'un corps dur. Dans tous ces cas-là, elles ne présentent aucun caractère particulier.

Section II. — Ulcérations.

Les ulcérations sont des pertes de substance qui ne comprennent pas seulement l'épiderme, mais intéressent la surface et même l'épais-

seur du derme. Leur forme, leur couleur et leurs dimensions sont variées. Tantôt elles sont taillées à pic ou en évidoir, tantôt elles présentent des bords plats ou bourgeonnants, tantôt leurs contours sont calleux et indurés comme dans les *ulcères variqueux*. Leur surface est rouge ou grise, sanieuse ou purulente, blafarde ou couverte de bourgeons charnus. Les ulcérations peuvent s'étendre en surface ou en profondeur; elles sont dites alors serpigineuses ou térébrantes.

Leur marche est habituellement chronique. Elles se terminent par destruction complète de la partie atteinte et par gangrène, ou par cicatrisation. Mais elles laissent souvent des traces indélébiles de leur existence, et les cicatrices qui en résultent présentent des différences d'aspect, très importantes au point de vue séméiologique, ainsi qu'on le verra plus loin.

Les ulcérations reconnaissent des causes multiples; nous laissons de côté celles qui sont produites par des causes externes, par les traumatismes, par l'action des corps irritants solides ou liquides à la surface de la peau : elles sont faciles à reconnaître, et leur intérêt est minime. Nous aurons spécialement en vue les *ulcérations de cause interne*.

Celles-ci sont tantôt d'origine inflammatoire (dans les différentes variétés de dermites), tantôt au contraire spécifiques. Presque toujours elles succèdent à des affections bulleuses ou pustuleuses.

Dans la *variole*, les ulcérations sont superficielles, et elles laissent après leur chute une cicatrice spéciale, déprimée, irrégulière, que l'on observe surtout à la face.

L'ulcération de l'*ecthyma* et du *rupia* a un aspect blafard. Elle laisse après sa guérison une cicatrice blanche, qui persiste indéfiniment.

Les *ulcérations spécifiques* de la scrofule, de la syphilis, de la lèpre, etc., ont des caractères spéciaux, sur lesquels nous devons nous arrêter.

Les ulcérations de la *scrofule* succèdent à des lésions pustuleuses, bulleuses ou tuberculeuses. Elles présentent des fongosités à leur surface et une coloration lie de vin. Leurs bords sont amincis, décollés, et elles saignent facilement. Elles ont une marche chronique et se terminent par une cicatrice déprimée, violacée au début, blanche au bout d'un certain temps, et dont le tissu est induré. Ces cicatrices ont une grande tendance à s'hypertrophier et à former plus tard des chéloïdes.

Dans la *syphilis*, les ulcérations ont également pour origine une lésion pustuleuse, bulleuse ou tuberculeuse. Presque toujours elles sont taillées à pic, quelquefois en évidoir, comme la généralité des chancres infectants. Parfois aussi, les bords de l'ulcération sont comme retroussés, et sa surface est couenneuse et saignante. Dans certains cas, les ulcères syphilitiques sont recouverts d'une suppuration sanieuse et présentent une grande tendance au phagédénisme (phagédénisme tertiaire de Fournier). Ils sont disséminés à la surface de la peau ou au contraire réunis en groupes. Leur marche est chronique, et ils laissent après leur guérissn une cicatrice déprimée, lisse, grisâtre ou cuivreuse au début, blanche plus tard. Mais cette cicatrice n'est jamais indurée, sauf dans le chancre, où l'induration persiste même pendant longtemps.

Les ulcérations de la *lèpre* sont blafardes, saignantes et baignées par un liquide ichoreux. Elles se rapprochent d'ailleurs par leurs caractères des deux variétés précédentes, mais l'ensemble des symptômes qui les accompagnent permet toujours de les rattacher à leur véritable cause.

Les tubercules du *mycosis fongoïde* se ramollissent à une certaine période et finissent par s'ouvrir. Les ulcérations qui en résultent sont blafardes, sanieuses, à bords décollés et irréguliers, sans tendance à la cicatrisation.

Indépendamment de ces ulcérations spontanées, si l'on peut dire, toutes les lésions élémentaires de la peau, papules, tubercules, pustules, etc., peuvent se compliquer d'ulcérations déterminées par le grattage, le frottement, les irritations de toutes sortes. Nous ne faisons que les mentionner, car elles ne présentent aucun caractère particulier.

Section III. — Fissures ou rhagades.

On appelle ainsi des pertes de substance linéaires qui provoquent souvent de très vives douleurs. Leur marche est essentiellement chronique; elles se terminent habituellement par induration; il est rare qu'elles laissent des cicatrices, mais quelques-unes se convertissent en ulcères. Elles appartiennent à diverses lésions primitives, spécifiques ou non; nous citerons entre autres : le *chancre fissurique* de l'anus, les plaques muqueuses de la commissure labiale, les fissures du psoriasis fréquemment observées aux lèvres, au mamelon, au

pourtour de l'anus, aux plis articulaires, etc., etc. Enfin, au niveau de l'anus, spécialement, les fissures peuvent être la conséquence d'une lésion traumatique ou d'une irritation prolongée de la surface cutanée (fissures à l'anus proprement dites).

Section IV. — Croutes.

Les croûtes sont le produit d'une exsudation morbide de la peau succédant d'ordinaire à une perte de substance du derme ou de l'épiderme, à une ulcération ou à une excoriation.

Cette définition comprend l'ensemble des croûtes qu'on peut observer à la surface du corps. Celles-ci présentent des colorations très diverses; elles sont jaunes, blanches, brunes ou noirâtres. Tantôt on les trouve disséminées et même isolées à la surface de la peau, comme dans le rupia syphilitique; tantôt au contraire, comme dans la variole, elles sont confluentes. Parfois les croûtes, en se réunissant par leurs bords, forment une sorte de nappe ou de cuirasse. C'est ce qu'on observe dans l'impétigo. Dans d'autres maladies, le rupia et l'ecthyma par exemple, on les trouve non seulement étendues en surface, mais volumineuses et très saillantes, exubérantes en un mot. Enfin, dans la teigne faveuse, elles sont déprimées en cupule et présentent une forme de godet caractéristique, etc.

Au-dessous des croûtes se trouve une mince couche de liquide séreux ou séro-sanguinolent. Ce liquide est franchement purulent dans l'impétigo et la variole; il est puro-sanguinolent dans le rupia et l'ecthyma.

Les croûtes se terminent par dessiccation, se détachent et tombent soit d'une seule pièce, soit en plusieurs fois : la perte de substance sous-jacente est alors généralement cicatrisée. Tantôt la marque qu'elles laissent de leur existence est indélébile, tantôt elle n'est que passagère et disparaît au bout d'un temps variable.

Les croûtes succèdent à des affections de cause interne ou à des lésions de cause externe.

Les *affections cutanées de cause interne* qui peuvent se terminer par des croûtes sont assez nombreuses. Le plus souvent, celles-ci succèdent à des pustules, quelquefois aussi à des bulles, à des vésicules, à des papules et à des tubercules ulcérés.

A part l'herpès, dont nous parlerons dans un instant, et l'eczéma,

les croûtes sont rares à la suite des vésicules. Et même dans l'*eczéma*, quelque fréquentes qu'elles soient, on doit les considérer comme anormales et accidentelles; elles sont alors le résultat de la déchirure des vésicules et de l'irritation de la surface enflammée par le grattage, le frottement et les agents extérieurs de toute nature. Cependant il faut faire une exception pour l'*eczéma suintant* et l'*eczéma impétigineux*, dont les croûtes jaunâtres ou grisâtres sont un des caractères essentiels de la maladie.

Au reste, quand les irritations extérieures interviennent dans l'évolution de la maladie principale, il n'est pas jusqu'aux squames primitives qui ne peuvent donner naissance à des croûtes ou à des croutelles : c'est ce qu'on peut voir, à la suite du grattage, dans certains cas de pityriasis capitis. Laissant de côté ces cas exceptionnels, nous allons passer en revue maintenant les principales lésions cutanées de cause interne qui se terminent habituellement par des croûtes.

L'*herpès*, dans toutes les régions du corps, et sa variété la plus importante, le zona, donnent lieu à des croûtes grises ou jaunâtres qui deviennent rouges ou brunes dans le zona hémorrhagique. Par elles-mêmes, ces croûtes ne présentent aucun caractère particulier; c'est le siège de la lésion autour des lèvres ou des narines (herpès labialis et nasalis), ou, s'il s'agit de zona, la disposition de l'éruption, qui permet de déterminer leur origine.

La croûte de l'*impétigo* est le résultat de la concrétion d'un suintement muco-purulent. Elle est superficielle, étendue en nappe, jaune et molle, d'où le nom de mélitagre que lui avait donné Alibert. Elle est peu adhérente et ne laisse pas de cicatrice.

Dans l'*ecthyma* et le *rupia*, les croûtes sont brunâtres ou noirâtres, dures, volumineuses, irrégulières et rugueuses, profondement enchâssées. Elles laissent une cicatrice.

Les croûtes de la *variole* sont arrondies et d'un brun clair. Elles semblent appliquées à la surface des téguments et non enchâssées dans leur épaisseur. Après leur chute, elles laissent des dépressions cicatricielles, surtout fréquentes sur le visage.

Les croûtes constituent une des lésions secondaires les plus importantes de la *scrofule* et de la *syphilis;* mais, dans ces deux diathèses, elles présentent des caractères différents et utiles à connaître. Dans la scrofule, la croûte est jaune et molle, non adhérente; elle semble simplement appliquée sur la partie malade; les téguments qui l'entourent

sont violacés, et la cicatrice qui lui succède est d'une coloration lie de vin. Dans la syphilis, au contraire, la croûte est brune, noirâtre, stratifiée, comme enchâssée dans les téguments; elle a été comparée à une écaille d'huître. Elle est entourée d'une auréole cuivreuse, et la même pigmentation tout à fait caractéristique se retrouve sur la cicatrice qui la remplace.

Les affections *papuleuses* et *tuberculeuses* se terminent quelquefois par des croûtes, mais plus rarement que les pustules.

La croûte qui est consécutive à la papule est blanche, sèche, lamelleuse.

Les croûtes qui succèdent aux tubercules syphilitiques sont sèches, jaunes ou noirâtres; elles laissent une dépression cicatricielle. A la suite des autres tubercules, les croûtes ne présentent pas de caractères spéciaux.

Enfin il est une variété de croûtes qui ne recouvrent pas des ulcérations, ce sont celles de la *séborrhée*. Dans cette maladie, la croûte est jaune gris sale et même brune, molle, humide, malléable, composée de graisse et de cellules épithéliales; quand on l'enlève, on trouve au-dessous d'elle les orifices béants des follicules sébacés, ordinairement remplis de comédons. Jamais elle ne laisse ni ulcération ni cicatrice.

Quant aux croûtes qui succèdent aux *lésions de cause externe*, elles n'ont pas de signes particuliers. Elles sont en général rouges ou grisâtres et affectent les formes les plus variées.

Section V. — Cicatrices.

Les cicatrices sont formées par le développement d'un tissu nouveau destiné à réparer les pertes de substance du derme. Ce tissu n'est autre chose que du tissu conjonctif qui passe par toutes les phases de son développement, depuis la période embryonnaire (noyaux embryoplastiques et cellules fibroplastiques) jusqu'à l'état de fibres lamineuses parfaites, avec toutes leurs propriétés habituelles, et, particulièrement, la rétractilité.

La rétractilité du tissu cicatriciel est un fait bien connu et sur lequel nous n'avons pas à insister; elle rend compte en même temps de l'induration dont les cicatrices sont le siège, le plus souvent.

Ces lésions secondaires présentent des formes variées en rapport avec celles de l'affection primitive. Elles sont tantôt déprimées, tantôt

Les *atrophies* sont générales ou partielles, comme les hypertrophies. Le sclérème est un exemple des atrophies générales de la peau. Les atrophies partielles peuvent siéger sur les glandes, à la suite des lésions inflammatoires telles que l'eczéma et le psoriasis, qui arrêtent la sécrétion sudorale sur les surfaces malades. Enfin l'atrophie des poils, d'où résulte la calvitie, est un fait vulgaire et sur lequel nous n'avons pas besoin d'insister.

A la suite des hypertrophies cutanées, devrait se placer l'étude des tumeurs ; mais ces lésions sont complètement en dehors de la dermatologie proprement dite ; nous ne faisons que les signaler.

TITRE III

Altérations fonctionnelles de la peau.

Les troubles fonctionnels peuvent atteindre les sécrétions et la sensibilité.

Troubles de sécrétion.

1° Troubles de la sécrétion sudorale ; séméiologie de la sueur.

La *sécrétion sudorale* peut être altérée dans sa quantité (par excès ou par défaut), dans sa coloration ou dans son odeur ; elle peut être aussi modifiée dans sa composition chimique ; mais il est si difficile, dans la pratique, de se procurer une quantité suffisante de sueur pour la soumettre à l'analyse, que c'est là un signe que le clinicien est obligé de laisser de côté.

a. Les sueurs généralisées ont reçu le nom d'*hyperidroses*, les sueurs partielles celui d'*éphidroses*.

L'*hyperidrose* est observée dans un grand nombre de maladies ; il n'est pas d'affection, aiguë ou chronique, qui ne puisse à un certain moment s'accompagner de sueurs abondantes. Nous n'envisagerons que les cas dans lesquels l'hyperidrose constitue un symptôme important.

Dans l'état physiologique même, il y a souvent hypersécrétion sudorale sous l'influence des mouvements exagérés, d'une douleur violente ou d'une émotion morale vive.

Au moment de la *ménopause*, les femmes peuvent être affectées de

sueurs quelquefois profuses, et qui sont sous la dépendance de la même cause que les bouffées de chaleur et les rougeurs passagères du visage qu'on observe à la même époque de la vie [1].

A côté de ces hyperidroses presque physiologiques, les sueurs pathologiques occupent une large place. Tout le monde connaît les sueurs de l'*agonie*, la sueur froide de la *syncope* et de la *lipothymie*, les *sueurs critiques* qui marquent la terminaison de maladies graves, comme la pneumonie, ou la fin d'accès douloureux, tels que la colique hépatique. Les sueurs critiques sont habituellement d'un pronostic favorable; mais il importe de ne pas les confondre avec la diaphorèse ordinaire, qui accompagne toutes les maladies aiguës et qui n'est que le résultat de la fièvre et de l'élévation de la température.

Certaines constitutions ont le privilège de l'hypersécrétion sudorale. Cet état morbide constitue un des symptômes importants de l'*arthritisme* sous ses deux formes, la goutte et le rhumatisme.

Les *cachexies*, quelle que soit leur cause, sont souvent accompagnées d'une hyperidrose plus ou moins abondante. Dans leur période terminale, les sueurs, comme celles de l'agonie, sont quelquefois visqueuses. Cette viscosité peut s'expliquer par la présence dans le liquide des petites masses colloïdes, détachées de l'épithélium, qui ont été signalées par Ranvier [2].

De tous les états cachectiques, le plus intéressant au point de vue de la diaphorèse est la *phthisie pulmonaire*. Mais les sueurs des phthisiques reconnaissent une pathogénie assez compliquée et qui n'est certainement pas la même dans tous les cas. Comme dans toutes les maladies de poitrine, leur cause principale est la dyspnée et la diminution de la perspiration pulmonaire. Toutefois, d'autres facteurs contribuent à faire naître ou à augmenter l'hyperidrose de la phthisie, en premier lieu, la fièvre hectique, qui est une fièvre sudorale, à laquelle il faut ajouter les *sueurs réflexes* dépendant des accès de toux, des vomissements, de la difficulté des digestions, et enfin les sueurs compensatrices, provoquées par la suppression ou la diminution de la diarrhée, s'il faut en croire l'opinion de Graves, qui admettait une sorte de balancement entre ces deux sécrétions. L'action de toutes ces causes est d'ailleurs puissamment favorisée, chez le phthisique, par la débilité profonde de l'organisme.

1. Voy. Liégeois, *Revue médicale de l'Est*, 1879.
2. Voy. plus haut le chapitre d'anatomie normale.

Dans toutes les maladies qui précèdent, le système nerveux a certainement une influence prépondérante sur la production de l'hyperidrose; c'est ce qui explique pourquoi l'hypersécrétiou sudorale est si fréquemment observée dans les *affections nerveuses* proprement dites.

Dans l'*hystérie*, les sueurs ne sont pas rares; quelquefois elles coïncident avec l'anurie.

En dehors de la sudation abondante qui termine l'attaque de mal comitial, on peut observer l'hyperidrose comme une manifestation isolée de l'*épilepsie*. J. Renaut a proposé de donner à cettte variété le nom de *petit mal sudoral* [1]. C'est d'ailleurs une forme rare, mais qu'il importe de connaître.

Dans tous les *comas*, dans l'apoplexie cérébrale, dans les accès de *delirium tremens*, les malades sont habituellement couverts de sueurs profuses. On a signalé aussi la sueur comme un phénomène accessoire des *myélites aiguës ou chroniques* (paralysie infantile, atrophie musculaire, fracture de la colonne vertébrale, etc.); mais ce sont là des faits d'un intérêt secondaire.

Il est au contraire une maladie dont la diaphorèse constitue un des symptômes primordiaux : nous voulons parler de la *suette miliaire*. Dans les autres fièvres éruptives, les sueurs n'offrent rien de spécial.

Enfin il suffit de nommer le troisième stade de l'accès de la *fièvre intermittente*, ou stade de sueur, pour faire comprendre l'importance de l'hyperidrose dans l'infection paludéenne.

Les *éphidroses* peuvent siéger à peu près sur toutes les parties du corps, suivant leurs causes. Elles sont principalement sous la dépendance d'une lésion nerveuse ou d'un trouble vaso-moteur.

Les sueurs limitées à la moitié du corps paralysé sont quelquefois observées dans l'*hémiplégie* (hémiplégie sudorale). Il est probable que, dans ces cas-là, la moelle n'agit que par l'intermédiaire du grand sympathique, car les lésions expérimentales ou pathologiques du sympathique cervical, sans altération des centres nerveux, suffisent pour provoquer une *hémidrose faciale* du côté de la lésion : c'est un phénomène du même ordre que la congestion unilatérale de la face produite par la même cause.

On voit souvent l'éphidrose faciale, totale ou partielle, dans la *migraine*, dans les *névralgies du trijumeau* et dans la *maladie de Bas-*

1. Voy. J. Renaut, *Lyon médical*, janvier 1880.

sedow. Chez certaines personnes particulièrement sensibles et en dehors de tout état morbide, la mastication et l'impression des aliments sapides déterminent, par action réflexe, une *éphidrose localisée à la région parotidienne*, qui a donné lieu autrefois à bien des interprétations erronées et dont la véritable explication a été fournie par Brown Séquard.

Mais l'hypersécrétion sudorale ne siège pas seulement à la face; on l'observe fréquemment à la *région axillaire*, où elle donne naissance à des éruptions multiples : eczéma, intertrigo, furoncles, hydrosadénites; à la *région plantaire*, où elle répand une odeur fétide particulière; sur les *jambes*, où, d'après Verneuil, elle constitue un bon signe des *varices profondes*.

L'*éphidrose palmaire* a une signification assez importante et sur laquelle il est utile d'insister. — Au début de la *tuberculose pulmonaire*, les sueurs sont ordinairement localisées à la paume des mains et à la région antérieure de la poitrine. — D'autre part, dans la *syphilis*, chez les femmes nerveuses, d'après les constatations de A. Fournier, la sueur des mains est quelquefois une des manifestations de la période secondaire.

Pour terminer ce qui a trait aux sueurs partielles, nous devons signaler encore l'éphidrose locale qui termine habituellement l'*accès de goutte*.

b. Il est au contraire un certain nombre de maladies dans lesquelles *la sécrétion sudorale est diminuée ou supprimée*.

En première ligne, il faut citer le *diabète;* la sécheresse de la peau chez les diabétiques est un fait vulgaire. Chez eux aussi, la sueur, sécrétée en très petite quantité, renferme du sucre, tandis que jamais la sueur des albuminuriques ne contient d'albumine (Bergeron et Lematre, 1864).

D'après Rosenthal [1], la suppression locale de la sueur peut être observée dans l'*aplasie lamineuse* ou *trophonévrose faciale*.

Enfin, les recherches d'Aubert (de Lyon) ont montré que la sécrétion sudorale était supprimée au niveau de la plupart des *lésions inflammatoires ou irritatives de la peau* [2].

1. Voy. Rosenthal, *Traité des Maladies du système nerveux*, p. 795.
2. Voy., plus haut, le chapitre de physiologie normale, *De l'état de la sécrétion sudorale dans les dermatoses*.

c. Les *altérations de coloration* de la sueur sont au nombre de deux principales : l'hématidrose et la chromidrose.

L'*hématidrose* est bien réellement la sueur de sang; la démonstration histologique en a été faite par J. Parrot [1]. Elle est plus ou moins foncée, tantôt rose, tantôt franchement rouge; elle est précédée de prodromes locaux, tels que fourmillements, hyperesthésie, troubles vasomoteurs et accompagnée de douleur, de rougeur et de tuméfaction de la peau. Elle est d'ailleurs toujours partielle, localisée sur une surface restreinte et essentiellement intermittente. On l'observe principalement chez les *femmes hystériques;* mais des faits du même genre ont été constatés dans certains cas de *fièvres graves hémorrhagiques*, comme la *fièvre jaune* (Guyon), dans le *scorbut* et dans l'*hémophilie* (Magnus Huss).

La *chromidrose* est un vice de sécrétion des glandes sudoripares, siégeant d'ordinaire sur les paupières inférieures, auxquelles elle donne une couleur d'un bleu ardoisé. Après des discussions sans nombre sur la réalité de cette affection, il n'est plus permis aujourd'hui de révoquer son existence en doute, depuis que la présence de la matière bleue a été constatée anatomiquement, par Ch. Robin, dans l'intérieur des glomérules sudoripares. C'est d'ailleurs une maladie propre aux femmes nerveuses, comme l'hématidrose [2].

Quant aux sueurs jaunes des *ictériques*, sans nier absolument leur possibilité, nous croyons qu'elles sont tout à fait exceptionnelles. Cette coloration, d'ailleurs, quand elle existe, est due à la présence des principes colorants de la bile dans la sueur, qui tache le linge en jaune (Ch. Robin).

d. L'*odeur de la sueur* n'a certainement pas l'importance que quelques auteurs anciens lui avaient attribuée. Les causes immédiates des modifications morbides que cette odeur peut subir ne sont pas encore déterminées, mais il est probable qu'elles sont dues en grande partie à la putréfaction des produits épidermiques et sébacés, aussi bien qu'à un changement dans la composition chimique de la sécrétion sudorale. Cependant il est permis d'admettre que le séjour de la

1. Voy. Parrot, *Mémoire sur l'hématidrose* (*Gaz. hebdom. de médecine*, Paris, 1861).
2. Voyez pour plus de détails Ch. Robin, *Traité des humeurs*, 2e édition, p. 740; Leroy de Méricourt, *Mémoire sur la chromidrose*, Paris, 1864; articles du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par Parrot, et du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par Hardy.

sueur à la surface de la peau peut entraîner le dédoublement des corps gras neutres et la décomposition des sels à acides gras, avec mise en liberté de ces derniers, dont beaucoup sont volatils et peuvent rendre compte de l'odeur particulière que répandent certains malades (Ch. Robin).

Quoi qu'il en soit, la fétidité de la sueur, en dehors de toute maladie, est un fait fréquent dans l'éphidrose plantaire, où elle a reçu le nom de *bromidrose*.

La sueur des *rhumatisants* est caractérisée par une odeur acide et pénétrante spéciale, qu'on a attribuée à la présence de l'acide lactique libre; mais rien n'est prouvé à cet égard.

On ne connaît pas davantage la cause de l'*odeur musquée* de la sueur chez quelques *ictériques*.

N'oublions pas enfin les sueurs fétides de toutes les *affections septicémiques;* il semble, dans ces cas-là, que la sécrétion sudorale soit une voie d'élimination pour les principes infectieux.

2° Troubles de la sécrétion sébacée.

L'hypersécrétion sébacée constitue la *séborrhée*. C'est une affection assez fréquente, qu'on peut observer sur toutes les régions du corps et qui est quelquefois généralisée, mais qui siège de préférence sur le cuir chevelu. Elle se présente sous deux formes ; tantôt le suintement est continu et très abondant : c'est ce qu'on appelle la *séborrhée humide;* tantôt l'hypersécrétion est modérée, la matière sébacée se concrète sous forme de croûtes grasses et molles au-dessous desquelles on trouve les orifices béants des follicules : c'est la *séborrhée sèche*. La singulière maladie qui a donné lieu à tant de controverses et qui est connue sous le nom de *plique* n'est autre chose qu'une variété de séborrhée dans laquelle les cheveux sont collés et agglutinés par la matière sébacée.

La sécrétion du sébum est au contraire diminuée dans un certain nombre de maladies parasitaires; les follicules s'atrophient, et la peau devient sèche et rugueuse.

Altérations de la sensibilité cutanée.

La sensibilité cutanée peut être altérée par excès ou par défaut. On a donné le nom d'*hyperesthésie* à l'exaltation de la sensibilité, et celui

d'*anesthésie* à son abolition. Vouloir traiter ces questions complètement, ce serait toucher à toutes les parties de la pathologie, et surtout ce serait pénétrer dans le domaine de la pathologie nerveuse. Nous mentionnerons seulement les altérations de la sensibilité dans les affections des centres et des troncs nerveux, dans l'épilepsie et l'hystérie, dans les intoxications par l'alcool, par le plomb et par les narcotiques, etc., et, pour ne pas sortir du cadre de notre sujet, nous limiterons cet exposé rapide aux troubles de la sensibilité cutanée dans les affections de la peau.

La *lèpre tuberculeuse* est, de toutes les maladies cutanées, celle où l'anesthésie est la plus importante et la plus remarquable. Elle accompagne la formation des taches fauves à la surface de la peau et précède même quelquefois l'apparition des tubercules. Ceux-ci, une fois développés, sont complètement insensibles, et l'insensibilité s'étend même sur les intervalles de peau saine, de sorte qu'au bout d'un certain temps, les malades ont la peau comme engourdie, dans une étendue plus ou moins considérable.

Les *affections vésiculeuses et bulleuses* de la peau, spécialement le *zona* et certaines formes de *pemphigus*, laissent quelquefois à leur suite une insensibilité de longue durée, qui coïncide souvent avec des douleurs spontanées très vives. C'est en se fondant sur ces particularités qu'on a attribué les affections précédentes à des troubles trophiques de la peau.

La peau est parfois aussi frappée d'anesthésie, pendant un certain temps, à la suite de l'*érysipèle* et même, quoique plus rarement, après des éruptions confluentes de lichen et d'eczéma.

Il est une autre affection cutanée dont on ne voit plus d'exemple aujourd'hui, mais dont on a observé une épidémie en 1832, dans laquelle on constate de l'anesthésie : nous voulons parler de l'*acrodynie*, singulière maladie dont nous avons déjà dit quelques mots à propos des taches érythémateuses. C'était une sorte de rougeur particulière des pieds et des mains, accompagnée de douleurs lancinantes et terminée par desquamation. A la suite survenait une insensibilité de la peau qui persistait plus ou moins longtemps.

L'*hyperesthésie* proprement dite est distincte de la douleur ; elle ne se manifeste pas spontanément ; elle a besoin d'être provoquée par les excitants naturels de la sensibilité cutanée.

La peau hyperesthésiée peut être saine ou enflammée, couverte

d'éruptions de diverses natures. D'ordinaire, les pressions fortes ne déterminent pas de douleur; celle-ci est réveillée, au contraire, par les attouchements légers, par le contact des vêtements, par l'élévation de la température, etc. Cette exaltation de la sensibilité n'est jamais généralisée; elle est localisée à certaines régions et fréquemment accompagnée de névralgies; d'ailleurs, les points douloureux névralgiques ne sont autre chose que des points d'hyperesthésie.

Le *prurit* doit être distingué de l'hyperesthésie véritable, car c'est une sensation qui se manifeste spontanément, indépendamment de toute excitation extérieure. Cependant les deux phénomènes sont souvent associés.

Toutes les congestions et inflammations de la peau, depuis l'érythème jusqu'à l'érysipèle, et les affections papuleuses, vésiculeuses, pustuleuses, etc. s'accompagnent habituellement d'hyperesthésie. Mentionner toutes les maladies dans lesquelles on observe ce symptôme serait se livrer à une énumération fastidieuse, car il faudrait passer en revue presque toute la pathologie cutanée. Nous dirons seulement que les papules sont, parmi les lésions élémentaires, celles dans lesquelles l'hyperesthésie est le plus fréquente.

C'est aussi dans les affections papuleuses qu'on observe surtout le *prurit*. Le lichen, le prurigo, l'urticaire sont des maladies beaucoup plus démangeantes que l'eczéma par exemple.

Certaines variétés d'érythème, et spécialement les érythèmes balsamiques, donnent lieu aussi à des démangeaisons intolérables.

Parmi les pustules, l'acné, et en particulier l'acné du dos, est l'affection qui occasionne le plus fréquemment du prurit.

Il faut savoir, en effet, que pour la même maladie l'intensité du prurit varie suivant le siège de la lésion; il nous suffira de citer l'herpès, qui est presque indolent au nez et aux lèvres et qui, au prépuce, provoque des démangeaisons très pénibles.

Le prurit est un des caractères essentiels des *maladies parasitaires*, quelle que soit la lésion élémentaire sous laquelle elles se présentent, quelle que soit la nature du parasite; que ce soit une vésico-pustule, comme dans la gale, ou une squame, comme dans le pityriasis capitis; que ce soit un sarcopte ou un champignon : les animaux et les végétaux provoquent à la surface de la peau les mêmes démangeaisons.

Mais la peau qui a conservé son aspect normal, qui n'est le siège

d'aucune lésion, sur laquelle on n'observe aucun parasite, peut être atteinte de prurit. C'est ce qu'on voit particulièrement dans l'ictère. Parfois, à la vérité, chez les ictériques, les démangeaisons dépendent d'une éruption de prurigo hépatique; mais, dans d'autres cas, il n'existe pas d'éruption, et le prurit est un phénomène isolé et indépendant de toute affection cutanée.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PEAU

Rien n'est plus difficile que de grouper en un seul faisceau l'histoire des altérations anatomiques de la peau. Ces altérations sont si nombreuses et si différentes de forme et d'origine, qu'il faudrait presque créer autant de classes que de lésions. Quels rapprochements établir entre les lésions inflammatoires, les congestions et les hémorrhagies d'une part, et d'autre part les atrophies, les hypertrophies, les lésions trophiques ou encore les tumeurs malignes de la peau?

Mais, par cette simple énumération, on voit déjà que les altérations de la peau, malgré leur nombre et leur diversité, sont les mêmes que celles qu'on retrouve dans les autres organes, dans les autres tissus. Ce qui constitue leur particularité, c'est seulement l'aspect différent, l'allure et la marche spéciales que leur imprime la structure même de l'enveloppe cutanée.

Cependant les particularités qui distinguent les affections cutanées ne sont pas tellement tranchées qu'on ne puisse trouver certaines lésions, d'aspect et de forme identiques, communes à la peau et aux muqueuses, à ces muqueuses dermo-papillaires qui sont en continuité directe avec le tégument externe et qui présentent la même structure que lui. C'est ainsi que le lupus, pour ne citer qu'un exemple, se développe aussi bien, et avec les mêmes caractères, sur les muqueuses du nez, de la bouche, de la gorge que sur la peau de la face.

Il n'y a guère que certaines difformités, congénitales ou autres, et les altérations de coloration, qui soient spéciales à la peau, et, par

altérations de coloration, nous entendons seulement les altérations pigmentaires. On voit bien, il est vrai, dans le poumon des dépôts de poussière noire altérer la couleur normale de cet organe, mais cette altération toute spéciale n'a rien de comparable à la mélanodermie.

Quoi qu'il en soit, les lésions anatomiques les plus fréquentes de la peau sont :

Des congestions ou hyperhémies, des hémorrhagies;
Des inflammations,
Des hyperplasies et des tumeurs,
Des lésions trophiques ou trophonévroses,
Des altérations pigmentaires.

Mais ces altérations n'ont pas les mêmes caractères, dans toutes les circonstances, par cette raison qu'elles portent sur des parties différentes de la peau; de là de nombreuses variétés. C'est que les diverses couches de l'enveloppe cutanée peuvent être atteintes séparément. L'épiderme, le corps muqueux, le corps papillaire, le derme, les glandes sébacées ou pileuses, les glandes sudoripares, le système lymphatique, ont chacun leur pathologie spéciale. On a essayé plusieurs fois d'établir une classification sur ces données anatomiques, mais on n'a pas pu arriver à un résultat satisfaisant, parce qu'il est souvent difficile de distinguer dans une lésion de la peau ce qui appartient à l'une ou à l'autre de ses parties constituantes. Et de plus, si la lésion initiale est isolée, toutes les parties, au bout de quelque temps, ne tardent pas à devenir solidaires, surtout dans les inflammations. Les lymphatiques, par exemple, peuvent être atteints d'abord séparément; mais alors, bientôt, par suite de leurs connexions, les lymphangites sont accompagnées de l'inflammation du tissu cellulaire, et les phlegmons angéioleucitiques qui en résultent, donnent lieu à des collections purulentes plus ou moins étendues.

Malgré tout, cependant, certaines parties présentent une indépendance et une autonomie incontestables au point de vue pathologique. Les poils, les ongles, les glandes sudoripares et les glandes sébacées sont le siège de lésions spéciales et bien déterminées. Une autre exception doit être admise pour les lymphômes ou les lymphadénies; elles n'attaquent au début que le système lymphatique : la lymphadénie cutanée (le mycosis fongoïde) est un bel exemple de cette localisation.

Telles sont les premières données sur la distinction anatomo-patho-

logique des lésions cutanées; mais il est bon de pénétrer plus avant dans l'étude de ces lésions.

Les *congestions* ne présentent rien de particulier et sont là ce qu'elles sont partout ailleurs.

Les *hémorrhagies* se présentent aussi à peu près comme dans les autres organes. Toutefois il est rare, à moins de lésion de continuité, qu'elles s'effectuent à l'extérieur.

Les *inflammations cutanées* comprennent deux classes bien distinctes :

La *première classe* renferme les inflammations :

Erythémateuses.

Vésiculeuses, .

Papuleuses,

Pustuleuses,

Squammeuses,

En un mot toutes les *inflammations superficielles;* et ce groupement est justifié au point de vue diagnostique et thérapeutique.

Ce sont ces lésions superficielles qui ont été décrites par Rinfleisch et par Tilbury Fox sous le nom d'*inflammations catarrhales*, parce que ces auteurs les considèrent comme les analogues des manifestations superficielles des muqueuses. Le flux bronchique, par exemple, est consécutif au gonflement de la muqueuse des bronches ; dans la peau, les mêmes phénomènes se produisent : gonflement, hypersécrétion, flux, que l'hypersécrétion soit localisée sous forme de papules, ou étalée en nappe sous forme de squammes, comme dans le psoriasis.

La seconde classe d'inflammations cutanées comprend les *inflammations profondes*, celles qui atteignent surtout le derme, de sorte qu'aux affections catarrhales on a opposé les *affections parenchymateuses.*

Celles-ci sont de deux sortes : *phlegmoneuses* ou *scléreuses*, suivant le mode du processus pathologique; et la même analogie avec les muqueuses existe dans la seconde classe comme dans la première. Aux scléroses cutanées on peut comparer les rétrécissements scléreux qui succèdent à la dysenterie par exemple , et les hyperplasies observées à la suite des vieux catarrhes bronchiques.

En dehors de ces considérations, il y a encore une façon plus simple de présenter en bloc les lésions cutanées, et, sur ce terrain, la clinique avait précédé l'anatomie pathologique.

Depuis longtemps, en effet, Devergie avait distingué les lésions cutanées en deux catégories :

a. Les inflammations humides et fluentes :

b. Les inflammations sèches.

Mais cette classification n'est applicable qu'aux altérations superficielles, à celles que nous avons dénommées catarrhales. Elle pourrait être utile surtout au point de vue thérapeutique.

Les résultats fournis par l'histologie confirment les données anatomo-pathologiques qui précèdent, sur la division des inflammations cutanées en deux classes : les lésions catarrhales et les lésions parenchymateuses. Nous ne pouvons entrer pour le moment dans les détails de l'examen microscopique; ces notions se trouveront mieux à leur place dans les descriptions particulières des maladies cutanées. Et d'ailleurs nous avons déjà mentionné les principales altérations histologiques, dans l'histoire des lésions élémentaires et secondaires de la peau. Il est seulement un point sur lequel nous voulons, dès maintenant, appeler l'attention : c'est la rapidité de formation des lésions. L'urticaire, pour ne citer qu'un exemple, apparaît presque soudainement et disparaît de même : en quelques instants, les vaisseaux se congestionnent, les globules blancs s'accumulent autour d'eux par diapédèse ou autrement, peu importe, et, au bout d'un temps variable, souvent très court, les lésions produites se résorbent avec la même rapidité.

Nous arrivons maintenant à des caractères plus importants et plus pratiques et sur lesquels nous devons insister davantage : la *forme* et le *siège* des maladies cutanées.

La forme n'a plus aujourd'hui la même valeur qu'autrefois; mais il fut un temps où elle fournissait presque toutes les indications thérapeutiques, et Devergie y attachait encore une haute importante. La forme des lésions de la peau est très variée, et il nous suffira de mentionner les qualifications de *circinées*, *gyrata*, *marginées*, *en corymbe*, *discrètes* ou *confluentes*, etc.

Le siège anatomique lui-même est entré dans les dénominations : on a le lichen *pilaris*, l'eczéma *palmaire*, l'herpès *labialis*, etc.

Enfin l'aspect et la couleur sont souvent pris aussi en considération : tels, le lichen *lividus*, l'eczéma *rubrum*, etc.

Mais il est surtout un point intéressant : c'est la *distribution topographique* des lésions, à laquelle il faut rattacher leur mode de propa-

gation et d'extension, caractères qu'Oscar Simon a décrits d'une manière compendieuse sous le titre singulier d'*architecture des affections cutanées.*

Les maladies de la peau, en effet, se développent les unes sur certaines régions, les autres sur d'autres, suivant leurs variétés anatomiques et étiologiques, et fréquemment leur gravité découle de leur siège régional. Le cancroïde, par exemple, naît principalement au nez, aux lèvres, à la verge, à la vulve, plus rarement sur d'autres régions, et encore faut-il qu'il y ait, au préalable, des follicules sébacés enflammés. Jamais on ne le voit à la face palmaire des mains.

L'eczéma localisé est observé particulièrement aux aisselles, sur les bourses, à la vulve, à l'anus, à la face interne de la partie supérieure des cuisses. Ces différents sièges de prédilection sont en rapport avec les sécrétions âcres et abondantes de ces régions.

Mais, dans les maladies de cause externe, le siège est déterminé par le lieu d'application de la cause efficiente. Nous n'en pouvons prendre de meilleure preuve que la gale : ses manifestations principales siègent aux mains d'abord, à la face antérieure des poignets, aux seins, aux fesses, aux organes génitaux, parce que, dans l'un et l'autre sexe, ce sont les parties du corps les plus exposées à la contagion par attouchement direct.

En dehors du siège primitif des lésions, leur *mode d'extension et de propagation* mérite de nous arrêter quelque temps. Cette question a été étudiée par un grand nombre de dermatologistes, et notamment par Oscar Simon, West, Voigt, Langer, Hebra, etc.

D'après Oscar Simon, la propagation se ferait d'après les plis de la peau, formés par les rangées papillaires, différentes suivant les régions. Mais nous sommes, pour notre compte, beaucoup plus portés à admettre que les maladies cutanées s'étendent en suivant les trajets vasculaires et nerveux ; et nous croyons que la propagation suivant les plis de la peau est beaucoup plutôt le résultat de la disposition des cônes vasculaires des papilles.

D'autre part, certaines inflammations suivent d'une façon tellement frappante la distribution des nerfs, qu'on est enclin, dans un grand nombre de cas, à leur attribuer pour causes des altérations nerveuses. Nous avons surtout en vue, dans ce moment, l'herpès zoster ou zona, d'autant plus que toutes ses variétés, aussi bien le zona intercostal que

CHAPITRE III

DE L'ÉVOLUTION DES MALADIES DE LA PEAU. MARCHE, DURÉE ET TERMINAISON.

Nous pouvons répéter pour la marche des affections cutanées ce que nous avons dit à propos de l'anatomie pathologique : rien de plus variable et de plus difficile à grouper pour obtenir un ensemble à peu près satisfaisant.

Néanmoins, on pourrait peut-être trouver un lien commun pour l'immense quantité des maladies de la peau. Sans doute, à les considérer dans leur ensemble, elles présentent toutes des différences très grandes sous le rapport de leur évolution et de leur terminaison; mais cependant on peut avancer, sans contestation, que la plupart d'entre elles, même les aiguës, ont généralement une évolution irrégulière, sujette à des retours successifs, et qu'il en est beaucoup dont la persistance indéfinie fait le désespoir de la thérapeutique.

A côté de cette ressemblance générale dans la façon d'être des maladies cutanées, des différences importantes existent et méritent d'être notées; elles sont d'autant plus nombreuses qu'on pénètre plus dans les détails.

Quelques-unes de ces maladies sont *aiguës* et débutent rapidement; dans le nombre, il en est qui disparaissent de même et sont éphémères, comme l'urticaire. D'autres apparaissent lentement, sourdement et sont *chroniques* d'emblée. Mais dans l'un ou l'autre cas, à part les fièvres éruptives et les affections de cause externe, il est assez fréquent qu'elles ne guérissent pas complètement et définitivement. La récidive est la règle; le plus souvent, la première attaque est suivie de

plusieurs autres, et les intervalles de calme, plus ou moins longs, sont coupés de distance en distance par de nouvelles poussées successives.

Cette division élémentaire et insuffisante, il faut en convenir, en aiguës et chroniques, est cependant applicable au groupement de toutes les affections de la peau, quelque considérables que soient d'ailleurs leurs différences. Si nous prenons pour exemple les inflammations, nous voyons que les unes sont nettement aiguës, les autres constamment chroniques; d'autres au contraire, et c'est le plus grand nombre, présentent une forme variable, tantôt aiguë, tantôt chronique. Le psoriasis est une affection chronique, mais il peut revêtir quelquefois la forme aiguë. Les affections vésiculeuses et pustuleuses, aiguës d'habitude, peuvent devenir subaiguës et chroniques.

Mais ces considérations ne sont pas suffisantes, et nous devons nous arrêter un peu plus longtemps sur les caractères principaux des différents groupes morbides.

Les affections cutanées présentent une évolution particulière : 1° suivant leur nature et leur origine, 2° suivant la forme de la lésion. De plus, elles subissent de nombreuses modifications apportées par des causes accessoires, telles que l'âge, la constitution, l'état de santé antérieur du sujet, etc.

Différences de la marche suivant la nature et l'origine de la lésion. — Les lésions de la peau sont congénitales ou acquises, et, parmi celles-là, les unes sont de cause interne, soit diathésique soit anatomique, les autres de cause externe.

Les *lésions congénitales* ne nous arrêteront pas; ce sont des difformités qui ne changent pas; nées avec l'individu, elles sont destinées à mourir avec lui. Quelques-unes, à la vérité, peuvent se modifier et donner lieu à des tumeurs malignes : nous en parlerons en temps et lieu.

Les *lésions de cause externe* sont provoquées par des causes multiples : les parasites, les irritations cutanées de toutes sortes et surtout celles qui dépendent de la profession du malade, l'action du feu, etc. Le caractère essentiel de ces lésions est d'être polymorphes, de se perpétuer indéfiniment tant que la cause subsiste et de disparaître avec elle : les lésions de la gale sont celles qu'on guérit le plus facilement, lorsqu'on a détruit le parasite. Cependant il est des affections parasitaires qui présentent une ténacité toute particu-

lière en raison du siège du parasite : nous voulons parler surtout de l'herpès tonsurans.

Les éruptions professionnelles varient avec le métier : les forgerons par exemple ont l'érythème chronique des mains et des avant-bras; tous les ouvriers qui manient des substances irritantes ou se servent de solutions caustiques, présentent, sur les mains et sur les autres parties atteintes, des éruptions chroniques plus ou moins nettement vésiculeuses, qu'on fait rentrer dans le cadre de l'eczéma artificiel.

Il faut ajouter d'ailleurs que, fréquemment, les causes externes n'ont que la valeur de causes occasionnelles; l'individu porte en lui-même ses germes morbides. Par une diathèse quelconque, il est prédisposé à certaines éruptions, et les agents extérieurs ne font que réveiller la diathèse. Dans ces cas-là, les deux causes s'ajoutent pour produire la maladie.

Maintes fois on a l'occasion de constater la vérité de cette opinion. Considérons seulement les affections parasitaires; elles réalisent le type des maladies de cause externe ; eh bien, il faut un terrain convenable pour l'éclosion de ces maladies, ou au moins les lésions que déterminera le parasite seront d'autant plus graves, d'autant plus étendues, que le malade présentera par son tempérament débile, par sa constitution scrofuleuse, des conditions d'infériorité organique et vitale plus considérables. La teigne est beaucoup plus fréquente chez les enfants scrofuleux que chez les autres, et, chez eux, elle est accompagnée d'éruptions tenaces, impétigineuses ou autres, qu'on n'observe pas ailleurs. Dans un autre ordre d'idées, les éruptions scabieuses sont beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus difficiles à guérir chez un arthritique que chez un homme indemne de toute tare diathésique.

Les *affections de cause interne* ou bien sont la *manifestation d'une diathèse*, telle que la scrofule, le cancer, l'arthritisme, la syphilis, etc.. ou bien sont *produites par une maladie générale*, ou bien encore sont le *résultat d'une cause anatomique*, résidant ailleurs que dans la peau, généralement dans le système nerveux.

Les *lésions cutanées d'origine diathésique*, indépendamment des genres que nous venons d'énumérer, peuvent n'appartenir à aucun de ces groupes; et c'est pour ces cas embarrassants que Bazin avait créé l'herpétisme. L'herpétisme est en quelque sorte le *caput mortuum*

qui renferme tout ce qu'on n'a pas pu classer ailleurs; de sorte que c'est seulement pour mémoire que nous rapportons les différences établies par Bazin entre les éruptions herpétiques et les éruptions arthritiques, celles-ci incontestables, car l'arthritisme porte ses atteintes sur tous les appareils de l'économie.

Dans l'*herpétisme*, les lésions sont sèches en général; elles ont un début insidieux, s'établissent sourdement. Leur marche est chronique d'emblée, et elles se prolongent indéfiniment; à la longue, elles produisent une sclérose sèche et mince de la peau.

Dans l'*arthritisme*, l'éruption débute brusquement, avant ou après le rhumatisme, quelquefois à la suite d'une irritation provocatrice, comme la gale. A ce début brusque succède un état aigu, une marche rapide, une durée moins longue que dans le cas précédent, et une terminaison par délitescence.

Cependant il est bon de faire remarquer encore que les affections chroniques du premier genre peuvent elles-mêmes, dans certains cas, présenter des phases aiguës, des recrudescences fébriles, avec élévation de température et accélération du pouls. Ces retours aigus, le psoriasis aigu par exemple, sont quelquefois d'une gravité exceptionnelle.

Si nous avons rapproché l'herpétisme et l'arthritisme, de même nous pouvons comparer entre elles les lésions cutanées de la scrofule, de la syphilis, du cancer.

Les caractères des *scrofulides* sont : une marche très lente, une durée indéfinie, une terminaison quelquefois, mais rarement mortelle, et au contraire une *guérison fréquente*.

Les *syphilides* sont caractérisées par une invasion brusque, une durée longue, avec répétition d'accidents semblables ou autres, une *guérison presque constante*.

Dans le *cancer*, la marche est régulièrement et fatalement progressive, toujours terminée par la mort; *il n'y a jamais de guérison*.

La terminaison est de même toujours fatale, après une marche assez lente, dans les *affections lépreuses*. Pour la lèpre proprement dite, nous savons bien qu'on a récemment à peu près démontré que cette maladie était une affection parasitaire[1]; mais, malgré cela, elle n'a jamais une issue favorable.

1. Voy. Hansen, *Mémoire sur la bactérie de la lèpre* (*Bacillus leprœ*), in *Arch. de biologie belge*, 1880, n° 1 ; et Hillairet et Gaucher, *Note sur le parasitisme de la lèpre* (*Société de biologie* et *Gazette médicale de Paris*, décembre 1880).

La *lymphadénie*, que Bazin avait appelée bien à tort la diathèse fongoïde, est une altération de nature spéciale, un trouble de la nutrition dont la pathogénie et la marche n'ont rien de commun avec les diathèses précédentes, et qui conduit sûrement à la cachexie.

Les éruptions qu'on observe dans les *maladies générales* et les fièvres graves présentent aussi un cachet particulier, quant à la forme, quant à l'époque du début et à la marche de la lésion.

Les taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde, par exemple, apparaissent à une période déterminée de la maladie, dont elles sont un des signes essentiels; elles ont une durée très courte. Il en est de même de l'éruption du typhus. Dans le scorbut, les taches sont hémorrhagiques, elles ont une durée beaucoup plus longue et d'ailleurs variable, mais toujours leur marche les entraîne vers la résolution. Ces exemples suffiront pour montrer que les éruptions qui ont pour cause une altération du sang, de quelque nature qu'elle soit, infectieuse ou non, possèdent des caractères spéciaux et pathognomoniques suivant la maladie que l'on considère.

Les affections cutanées de cause interne qui reconnaissent pour origine *une lésion viscérale*, ou au moins une lésion anatomique située en dehors de la peau, sont principalement sous la dépendance d'une altération du système nerveux. Les plus connues de ces affections sont le zona d'abord, puis les éruptions bulleuses ou pemphigoïdes qu'on observe à la suite des plaies des nerfs.

Le zona a une marche rapide; l'éruption évolue dans un espace de huit à quatorze jours environ. Elle est précédée quelquefois, mais plus souvent accompagnée de douleurs névralgiques qui persistent souvent quand l'affection cutanée est guérie.

Les lésions de la moelle épinière sont accompagnées d'éruptions cutanées plus tenaces et qui durent à l'état chronique, ou au moins récidivent après une guérison temporaire et se renouvellent plusieurs fois, en un mot, persistent aussi longtemps que la lésion médullaire elle-même. C'est dans ces cas-là qu'on observe non seulement des éruptions vésiculeuses et bulleuses, plus ou moins voisines du zona et du pemphigus, mais encore des troubles de sécrétion, tels que des séborrhées généralisées.

A la suite des plaies des nerfs, on est frappé de la même persistance indéfinie dans la durée des lésions cutanées secondaires : bulles, eschares, ulcérations, gangrènes, etc. Ces faits ont été depuis long-

temps signalés et décrits par Larrey et par Desgenettes. Leur étude a été plus complètement faite par Weir Mittchell, par Charcot et par ses élèves.

On voit donc que, dans les affections du système nerveux, les lésions cutanées présentent une marche très variable, tantôt rapide et aiguë, tantôt chronique et extraordinairement lente, avec tous les intermédiaires entre ces deux extrêmes.

Il est encore d'autres altérations de la peau dont la cause doit être cherchée peut-être dans le système nerveux, peut-être aussi dans d'autres organes. Nous voulons parler de la mélanodermie qui est un des symptômes de la maladie d'Addison. Cette mélanodermie présente un aspect particulier, qui lui a valu le nom de maladie bronzée; elle est d'une intensité graduelle. Elle n'a d'autre terme que la vie du malade. On sait, et nous n'avons pas à y insister, que le substratum anatomique de cette pigmentation cutanée est un état pathologique variable des capsules surrénales et des ganglions semi-lunaires. Mais, dans la maladie d'Addison, la coloration bronzée n'est qu'un des éléments morbides et peut-être pas le plus important; il est au contraire des observations remarquables, mais rares, dans lesquelles la mélanodermie constitue l'unique symptôme. Elle est cependant aussi persistante que dans le cas précédent, et liée de même à une altération des capsules surrénales [1]. Quoi qu'il en soit, cette pigmentation cutanée est toujours une lésion chronique, dont la marche est progressive et la durée indéfinie.

Différence de la marche suivant la forme anatomique de la lésion. — On comprendra facilement que les diverses lésions de la peau ne présentent pas la même marche ni la même durée. Et, même, entre les lésions de même nature, il existe des différences importantes à signaler.

Les *taches* ou *macules* ont une évolution très variable.

Les taches d'origine vasculaire comme les nœvi, constituent une difformité persistante. Celles qui sont dues simplement à la congestion des capillaires de la peau sont généralement assez fugaces ; c'est dans cette classe qu'il faut ranger les différentes variétés de roséole.

Les *hémorrhagies* ont généralement une marche rapide et une durée

1. Voy. *Bulletin de la société clinique de Paris*, novembre 1879, et *France médicale*, 7 janvier 1880, une observation de mélanodermie simple avec lésion des capsules surrénales, par Ern. Gaucher.

limitée; elles changent de couleur et pâlissent assez vite à mesure que leur résorption s'opère.

Les *inflammations cutanées* présentent des différences aussi tranchées.

La marche de l'érysipèle est aiguë, fébrile; son évolution a une durée généralement courte.

Les inflammations vésiculeuses et pustuleuses se terminent en un temps relativement assez court et même quelquefois brusquement. Au contraire, les inflammations papuleuses, tuberculeuses et squammeuses ont une évolution plus longue, une terminaison lente et par délitescence. Les premières se terminent souvent par des cicatrices, qui, pour certaines pustules, sont indélébiles; il n'est rien observé de semblable pour les lésions papuleuses non spécifiques. Celles-ci s'atténuent et disparaissent progressivement, en diminuant peu à peu de volume et d'étendue, si bien qu'il arrive un moment où la papule, en voie de résolution, n'est plus représentée que par une tache pigmentée, qui, elle-même, s'efface avec le temps.

Si, après les lésions élémentaires, nous examinons les *lésions secondaires*, nous voyons que les ulcères, par exemple, ont une marche très variable suivant la cause, suivant la nature, suivant le siège et suivant le traitement, de sorte qu'on ne peut établir de règle pour l'évolution de ce genre de lésion, qui parfois se répare presque complètement, et quelquefois aussi donne lieu à des cicatrices profondes et vicieuses. Les cicatrices à leur tour, il n'est pas besoin de le dire, quelle que soit leur origine, persistent d'ordinaire indéfiniment.

Quant aux *atrophies* et *hypertrophies*, leur marche est différente et tout opposée. Les hypertrophies atteignent des dimensions plus ou moins considérables; les atrophies ne s'arrêtent qu'après des altérations négatives, comme on dit, ou, si l'on aime mieux, après des destructions plus ou moins étendues.

Par cet examen très rapide de la marche dans les principales affections de la peau, on a pu voir que leur durée elle-même était aussi très variable et le plus souvent indéterminée. La marche et la durée, d'ailleurs, peuvent être modifiées, d'une façon très diverse, par des circonstances accessoires, telles que l'âge, le sexe, la constitution, l'hygiène et l'état antérieur du sujet. Ces modifications se comprennent d'elles-mêmes; elles sont les mêmes pour les maladies de la

peau que pour celles des autres organes; nous n'avons pas besoin d'y insister. Il est évident, par exemple, qu'une éruption sera plus tenace chez un scrofuleux que chez un autre sujet, et qu'un érysipèle sera plus grave chez un vieillard ou un individu cachectique que chez un adulte d'une bonne santé habituelle.

Quelle est maintenant *l'influence d'une maladie intercurrente* sur la marche et le développement des affections cutanées? Cette influence est des plus remarquables. Un eczéma chronique est stationnaire depuis très longtemps; survient une pneumonie. Pendant la pneumonie, l'eczéma s'atténue et peut disparaître; une fois la pneumonie guérie, l'eczéma revient. Il en est de même de la syphilis; ses manifestations cutanées peuvent être arrêtées momentanément par une fièvre typhoïde, une diphthérie, une variole. Mais cela n'est pas constant. Dans la scrofule, au contraire, toute maladie intercurrente aggrave la principale et rend ses manifestations plus persistantes, plus profondes et plus difficiles à guérir.

La *terminaison* des affections cutanées mérite de nous arrêter un instant. La terminaison rapide par défervescence est l'exception; elle est le propre des fièvres éruptives et de quelques autres exanthèmes aigus. Mais le plus souvent, dans les maladies de peau proprement dites, la chronicité est la règle; et, à défaut de persistance constante et ininterrompue, on observe alors des récidives multiples, qui ont fait dire avec raison que, dans la plupart des affections cutanées, on ne guérissait que les manifestations actuelles, et que rien ne pouvait empêcher les mêmes accidents de se produire de nouveau.

Il y a plus encore: non seulement les affections cutanées persistent indéfiniment, non seulement elles s'enracinent avec le temps, mais elles peuvent subir des *transformations malignes*, si bien qu'une affection gênante, incurable, mais sans danger pour la vie du malade, peut, à un moment donné, dégénérer et devenir mortelle. Une des plus connues de ces dégénérescences est la transformation fréquente de l'acné sébacée en cancroïde, signalée par tous les dermatologistes.

CHAPITRE IV

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE DIAGNOSTIC DES MALADIES DE LA PEAU.

Comme les dermatoses sont exposées à la vue et à l'examen direct, il semblerait tout d'abord qu'elles dussent être faciles à reconnaître ; il n'en est rien ; souvent, au contraire, leur diagnostic présente les plus grandes difficultés.

Or, la précision du diagnostic dépend beaucoup de la manière d'examiner le malade. Quelles sont donc, en dermatologie, les conditions d'un bon examen ? Il faut avoir la lumière du jour et ne pas se servir de lumière artificielle ; il faut faire l'examen complet et successif de tout le corps et s'aider de tous les sens, de tous les moyens d'investigation ; employer non seulement la vue simple, mais la loupe et le microscope : cet instrument permet seul de reconnaître la nature exacte de certaines affections parasitaires, comme le pityriasis alba et le sycosis. L'odeur elle-même ne doit pas être négligée ; elle est un signe précieux, par exemple, dans le pemphigus foliacé. Le toucher, enfin, fera juger de la résistance ou de la souplesse, de la sécheresse ou de l'humidité de la peau.

Les affections cutanées présentent à rechercher et à étudier deux ordres de symptômes : 1° les *signes objectifs* ou physiques, résultant de l'examen direct de la lésion ; 2° les *signes subjectifs*, concernant le tempérament, la constitution, la santé antérieure, l'état diathésique et l'hérédité du sujet.

Le diagnostic doit donc déterminer deux choses : 1° la forme de la lésion élémentaire ou secondaire ; 2° la maladie que cette lésion carac-

térise, et le groupe morbide, simple, constitutionnel ou diathésique auquel elle appartient.

Le diagnostic de la lésion n'est pas toujours facile, et il faut connaître les différentes modifications que peuvent subir, dans le cours de leur évolution, les lésions élémentaires de la peau ; souvent, au moment où le malade est examiné, la forme primitive a disparu pour faire place à une lésion secondaire dont il s'agit alors de déterminer la nature et l'origine.

Quelques exemples feront mieux comprendre notre pensée.

La vésicule débute par une rougeur congestive qui précède l'exsudation du liquide et le soulèvement de l'épiderme; l'élevure vésiculeuse elle-même n'a qu'une durée limitée ; elle se dessèche et donne lieu à une squame qui laisse après elle un épaississement plus ou moins considérable de la peau. Il importe donc de bien connaître les états prodromiques et consécutifs des lésions élémentaires. Il y a plus: la marche de la même lésion n'est pas identique dans toutes les affections cutanées. Dans l'eczéma, la vésicule est très passagère, elle se dessèche rapidement, ou bien elle se crève et devient suintante ; dans l'herpès au contraire, elle est suivie d'une excoriation et même quelquefois d'une légère ulcération assez persistante. Ces caractères différents de la même lésion, selon la période et selon la maladie, sont autant d'éléments dont il faut tenir compte pour le diagnostic.

Il en est de même des taches ; leur aspect, leur disposition, leur coloration sont d'un grand secours pour la détermination de la maladie. Tout le monde connaît la couleur cuivrée des taches syphilitiques, la nature hémorrhagique du purpura, la couleur rosée des taches congestives. Quant à celles-ci, la forme, le siège, les démangeaisons ou l'absence totale de modification de la sensibilité, seront des signes importants pour le diagnostic différentiel.

Autant que possible on devra reconnaître, en même temps, le siège anatomique de la lésion, par exemple celui des pustules d'acné dans les follicules sébacés. La constatation des points noirs qui représentent les comédons, autour de pustules franchement suppurées, servira quelquefois à distinguer une éruption rapide et confluente d'acné de certaines varioloïdes douteuses.

Le siège topographique sera pris aussi en sérieuse considération. On sait que les tubercules du lupus affectionnent le nez et les joues et que les tubercules syphilitiques, plus rares au visage que les précé-

dents, se développent de préférence sur le front et sur le menton. Les éruptions papuleuses ou maculeuses de la syphilis siègent principalement sur la poitrine et sur la face antérieure des avant-bras.

Il serait facile de citer de plus nombreux exemples, pour faire comprendre l'importance de la forme, de la couleur, de la disposition et des autres signes physiques des lésions cutanées, dans le diagnostic des maladies auxquelles elles appartiennent. Mais, la lésion une fois reconnue, ses caractères extérieurs sont-ils suffisants pour la détermination de la maladie? Evidemment non. Si l'on s'en rapportait uniquement à la forme, sans avoir égard aux phénomènes généraux, comment distinguerait-on, pour ne rappeler qu'un seul fait, le pseudo-exanthème scarlatiniforme d'une véritable scarlatine? Et si l'on veut pousser l'investigation plus loin, si, non content de connaître l'affection cutanée, on veut rechercher sa nature et son origine diathésique, c'est alors que les signes extérieurs deviennent tout à fait insuffisants et absolument secondaires. Il faut toutefois en excepter la syphilis, qui imprime son cachet sur toutes ses manifestations cutanées, d'une façon tellement frappante que, par l'éruption elle-même, indépendamment de tout interrogatoire, de tout examen général, on peut diagnostiquer la diathèse. Mais il n'y a que les éruptions syphilitiques qui présentent des caractères aussi pathognomoniques. Pour les autres diathèses, on n'observe rien de semblable. Ce fut une des tentatives de Bazin d'avoir voulu établir la distinction des diathèses d'après les signes extérieurs ; mais cette tentative n'a pas été suivie de succès. Les éruptions dites herpétiques, le psoriasis par exemple, s'observent aussi bien chez des scrofuleux que chez des goutteux et même chez de simples rhumatisants. Le pemphigus foliacé, auquel Bazin avait donné le nom d'herpétide exfoliatrice, n'est pas rare chez les rhumatisants. L'acné est en même temps une manifestation de l'arthritisme et de la scrofule.

Dans la grande majorité des cas, les caractères physiques de l'éruption ne pourront donc fournir que des renseignements incomplets sur la nature de la maladie. C'est alors à l'état général qu'il faudra s'adresser, à l'examen de la constitution et des antécédents morbides, héréditaires ou personnels. Malheureusement, les signes fournis par cet examen sont souvent douteux, ce qui fait que, dans les maladies de la peau, quoi qu'on en ait dit, le traitement local doit tenir la première place, parce que seul il repose sur des données certaines.

C'est d'ailleurs de cette façon que Devergie avait compris la thérapeutique des affections cutanées. Et ce médecin, qui pourtant, le premier, avait rapporté le lupus à la scrofule, n'entrait pas dans toutes ces distinctions de diathèses. Sans nier leur influence, il professait qu'elles sont souvent impossibles à reconnaître et que, pratiquement, les efflorescences cutanées se divisent, comme nous l'avons déjà dit, en deux groupes :

1° Les *sécrétantes* ou *humides*, comprenant les vésicules, les bulles, les pustules ;

2° Les *non sécrétantes* ou *sèches*, c'est-à-dire les papules, les tubercules, les squames et les taches.

Quoi qu'il en soit, les formes sont tellement variées, les lésions peuvent être tellement altérées, soit par le fait des conditions dans lesquelles se sont trouvés les malades, soit par suite de médications intempestives antérieures, soit à cause de l'hybridité, que le diagnostic, même pour un observateur exercé, présente souvent des difficultés insurmontables.

CHAPITRE V

DU PRONOSTIC GÉNÉRAL DES AFFECTIONS CUTANÉES

Si le diagnostic des maladies cutanées n'est pas toujours facile, le pronostic, ou diagnostic de l'avenir, est encore plus difficile. Cependant on peut dire d'une manière générale que, dans la majorité des cas, ces maladies ne sont pas d'une excessive gravité ; à part le cancer, la lèpre, le mycosis et quelques autres affections, d'ordinaire elles ne portent pas atteinte à la vie. Mais ce sont presque toujours des affections longues, tenaces, difficiles et même, dans quelques rares circonstances, dangereuses à guérir et sujettes à des récidives nombreuses.

Le pronostic des maladies de la peau doit être envisagé, d'ailleurs, à plusieurs points de vue ; il dépend :

1° De l'espèce et de la forme de la lésion ;

2° De la marche et de la durée de l'affection ;

3° De sa cause interne ou externe ;

4° De l'âge et du sexe du malade ;

5° De sa constitution, de son tempérament, de son état de santé antérieur ou actuel ;

6° Il diffère enfin suivant que la maladie est primitive ou qu'elle survient à titre de complication.

Au point de vue de la forme morbide, il est certain que les lésions élémentaires sont celles qui marchent avec le plus de régularité et se terminent le plus souvent et le plus rapidement par la guérison.

Les lésions secondaires sont, au contraire, beaucoup plus persistantes. Les cicatrices, par exemple, sont souvent indélébiles. Les

ulcères guérissent difficilement, à part ceux qui sont d'origine syphilitique ; ils sont plus ou moins graves. L'ulcère cancéreux est mortel, l'ulcère variqueux est bénin, l'ulcère scrofuleux indique un vice profond de l'organisme, mais ils ont tous pour caractères communs une marche très lente et une durée désespérante.

Parmi les affections élémentaires, il y a cependant de grandes différences à signaler pour le pronostic, déjà même entre les bulles et les vésicules, dont la lésion anatomique est à peu près semblable. Habituellement, les bulles présentent une gravité plus grande que les vésicules : le pemphigus et le rupia sont plus graves que l'herpès et la varicelle; ils sont produits par un trouble plus profond de la constitution. Dans le groupe des affections squammeuses, le pityriasis est une maladie bénigne, mais longue à guérir; le psoriasis guérit également, mais récidive toujours; l'ichthyose est absolument incurable. Encore un exemple, c'est celui des tubercules. Quelle que soit sa nature, le tubercule est toujours une lésion grave et longue : il ne guérit jamais dans la lèpre, il guérit très lentement dans la scrofule, il guérit presque sûrement, il est vrai, mais lentement, dans la syphilis. Le tubercule anatomique est d'une ténacité contre laquelle échouent la plupart des moyens thérapeutiques.

Le pronostic diffère, cela est évident, *selon la marche de la maladie*. Les affections dont l'invasion est rapide et aiguë, comme les exanthèmes, disparaissent après un temps très court. Combien est longue au contraire la durée des maladies cutanées chroniques d'emblée, et quelle est sur elles l'impuissance de la plupart des traitements! Le psoriasis, l'eczéma chronique, l'herpès récidivant, le lichen scrofulosorum, toutes ces affections, dont le début est lent et progressif, guérissent très difficilement, ne guérisssent quelquefois jamais; elles récidivent toujours. Bien plus : leur gravité s'accroît avec le temps et la durée antérieure de la maladie.

La *cause de l'affection cutanée* doit influer nécessairement beaucoup sur le pronostic de la lésion. Les *affections de cause interne*, surtout celles qui sont sous la dépendance d'un état diathésique, sont toujours plus graves que les lésions de cause externe, et leur gravité est variable suivant la nature de la diathèse.

Nous ne faisons que mentionner les affections dites herpétiques, parce que l'herpétisme, avons-nous dit, est une diathèse obscure et mal définie, qui comprend toutes les maladies cutanées dont la cause ne

peut être rattachée aux autres diathèses connues, et qui doit renfermer par conséquent bien des affections dissemblables, dont le pronostic est aussi variable que la nature différente et inconnue de ces affections.

Les lésions de la peau d'origine arthritique sont, au contraire, beaucoup mieux déterminées. Leur pronostic est souvent grave, d'abord en raison des autres manifestations de la diathèse (lésions viscérales, athérome artériel et ses conséquences, lésions articulaires, etc.), et puis par le fait de l'affection cutanée elle-même. Pour ne citer qu'un exemple, les éruptions de la gale, chez les rhumatisants, revêtent un caractère spécial; elles sont non seulement plus fréquentes, mais plus tenaces ; la présence du parasite donne lieu, chez eux, non seulement à des vésicules, mais à de véritables poussées bulleuses pemphigoïdes, quelquefois très longues à guérir.

Le pronostic des *dermatoses scrofuleuses* est très variable. Il est impossible de comparer la gravité du lupus à la bénignité de certaines formes d'impetigo. Toutefois, d'une manière générale, les lésions de la scrofule sont toujours difficiles à guérir ; car ce n'est pas seulement à la lésion locale qu'il faut s'attaquer; la modification de l'état général doit tenir la première place dans la thérapeutique de cette diathèse.

Il est inutile d'insister sur la gravité, ou, pour mieux dire, sur l'incurabilité de la *lèpre* et du *cancer* cutané.

Il n'y a que pour les *syphilides* que le médecin soit armé d'une manière suffisante. L'efficacité du traitement spécifique, par le mercure et l'iodure de potassium, est telle qu'en cas d'insuccès on est autorisé à douter de son diagnostic.

Mais, parmi les causes internes, les diathèses ne sont pas les seules à produire des affections cutanées ; celles-ci peuvent être sous la dépendance de *certaines lésions anatomiques*, et, en premier lieu, il faut citer les lésions nerveuses. Or il est indiscutable que les dermatoses qui procèdent d'une telle origine acquièrent une gravité particulière. Nous n'en voulons pour preuve que le zona et le pemphigus de l'ataxie locomotrice et les séborrhées généralisées qu'on observe à la suite de certaines congestions médullaires prolongées.

Les *affections de cause externe* présentent toujours un pronostic moins grave que les précédentes. Les lésions secondaires, provoquées par la présence d'une autre affection cutanée, sont toujours moins graves que les mêmes lésions quand elles sont le résultat d'un vice constitutionnel. L'eczéma de grattage produit par la congestion et les

démangeaisons d'une fissure à l'anus est d'un pronostic plus favorable que l'eczéma diathésique. Il en est de même de toutes les autres éruptions dues à l'irritation de la peau par les agents extérieurs. *Sublata causa tollitur effectus*, dit le vieil adage, et c'est surtout pour cette classe de maladies de la peau qu'on peut vérifier son exactitude. Les affections parasitaires guérissent sûrement après la destruction du parasite ; leur gravité réside surtout dans la longueur du traitement qu'elles exigent et dans leur nature contagieuse.

Le pronostic est aussi différent suivant l'*âge*. Dans l'enfance, les bulles (pemphigus des nouveau-nés, syphilide bulleuse) sont les lésions les plus graves. Les papules sont bénignes (lichen, strophulus) ; les pustules guérissent presque toujours. C'est entre l'enfance et l'adolescence, vers dix ou quinze ans, que débute le lupus ; il est inutile d'insister sur la gravité de cette maladie. D'une manière générale, les affections cutanées sont moins graves dans l'âge mûr que dans l'enfance, et plus graves dans la vieillesse que dans l'âge mûr. La syphilis, par exemple, est beaucoup plus difficile à guérir, ses accidents sont d'ordinaire plus nombreux, et ses lésions plus profondes chez l'enfant et le vieillard que chez l'adulte. Le vieillard est aussi beaucoup plus exposé à certaines diathèses mortelles, comme le cancer.

Le *sexe* n'a aucune influence sur la bénignité ou la malignité des maladies de la peau.

Au contraire, l'*état de la constitution* joue un grand rôle dans le pronostic ; c'est une vérité banale de dire qu'une affection cutanée est plus grave chez un individu déjà malade ou débilité que chez un autre. La syphilis qui atteint un scrofuleux ou un tuberculeux produit des éruptions plus tenaces et plus graves que celle qui attaque un individu sain. C'est pour ces cas mixtes que Ricord avait créé la dénomination de *scrofulate de vérole*.

Les lésions de la peau qui surviennent comme *complications* dans le cours d'une maladie générale, comme le diabète, présentent aussi un pronostic particulier. Les éruptions des diabétiques (eczéma, anthrax, pemphigus, etc.) sont d'une gravité exceptionnelle par elles-mêmes et parce qu'elles indiquent une détérioration profonde de l'économie. Il est impossible de les comparer, à cet égard, aux affections cutanées primitives.

Telles sont les principales données qui doivent servir de guide, dans le pronostic des maladies de la peau. Mais, subsidiairement, une question se pose : ces maladies, qui guérissent si lentement d'habitude, sont-elles sujettes, dans certaines conditions, à une disparition rapide, et, dans ces cas-là, quel en est le pronostic ? On a dit qu'il était alors très grave, parce que l'affection cutanée était remplacée à bref délai par d'autres accidents dépendant de la même cause. Que faut-il donc penser de ces *métastases*, comme on les appelait jadis? La métastase était alors considérée comme le transport de l'essence de la maladie d'un point à un autre ; aujourd'hui, la doctrine la plus généralement adoptée sur ce sujet est que les prétendues métastases ne sont que les manifestations multiples de la même diathèse. L'ablation d'un cancer de l'œil peut donner lieu à un cancer du foie ; l'ablation d'un cancer des lèvres ou du sein est suivie parfois de la production d'un cancer de l'utérus ; sans doute ces faits sont exacts; mais, disent les pathologistes modernes, tous ces cancers dérivent de la même origine. Certes on ne peut le nier ; mais ne doit-on pas admettre aussi, jusqu'à un certain point, l'influence de l'opération sur la reproduction et la généralisation de la tumeur ? n'a-t-on pas de nombreux exemples qui prouvent que l'ablation d'une tumeur maligne donne, en quelque sorte, un coup de fouet à la diathèse, ou bien supprime une sorte d'exutoire nécessaire, qu'on nous passe l'expression, ou bien encore, si l'on veut, remplace une manifestation quelquefois torpide et silencieuse par une explosion rapidement mortelle de néoplasies viscérales multiples? Quels que soient le mécanisme et la pathogénie de ces productions secondaires, leur fréquence est incontestable et doit être prise en sérieuse considération.

Ce qui est vrai pour le cancer, compris dans son sens clinique le plus large, est aussi vrai pour les autres diathèses. On a vu des attaques de goutte, supprimées brusquement, et donner lieu au développement d'une pneumonie ou d'une pleurésie. Nous avons observé un cas de psoriasis aigu fébrile, après la guérison duquel vinrent des attaques d'épilepsie ; un autre remplacé par une poussée suraiguë de granulie généralisée. Tout le monde connaît les alternances de psoriasis ou d'eczéma, et d'attaques de goutte ou de rhumatisme. Les affections cutanées de nature arthritique sont, en effet, celles qui sont le plus sujettes à être suppléées momentanément ou définitivement, par des accidents viscéraux parfois très graves.

Y a-t-il donc des maladies de peau qu'il faut guérir et d'autres qu'il faut respecter ?

Autrefois, on redoutait fort la guérison de certaines affections cutanées chez les enfants, principalement des *gourmes* (impetigo). Mais l'expérience a appris qu'il n'y avait pas plus de danger à guérir les croûtes dites laiteuses, qu'à faire disparaître les poux ou les autres parasites. Les quelques exemples signalés par Trousseau et par Devergie de maladies consécutives à la guérison de la gourme sont des coïncidences pures et simples.

On doit en général soigner et guérir, quand on le peut, toutes les affections cutanées, mais il faut agir avec circonspection. C'est principalement dans la vieillesse, et surtout dans les formes arthritiques, que le traitement doit être conduit avec la plus grande prudence ; aussi emploie-t-on à cet âge des moyens curatifs peu violents et même peu actifs : les catasplasmes longtemps prolongés, les pommades neutres, le plus souvent l'amidon et presque jamais l'huile de cade. Le traitement ne produit des accidents que dans les mains impatientes et inconsidérées. Nous avons été par exemple témoin du fait suivant : Un vieillard de quatre-vingts ans, atteint d'eczéma variqueux, souffrait de démangeaisons très vives ; il emploie un traitement énergique par les lotions de sublimé, il guérit ; mais bientôt après il contracte une pneumonie et est pris d'un accès de goutte. Par l'application de sinapismes, on fait reparaître l'eczéma, la pneumonie guérit et l'attaque de goutte rétrocède rapidement. Quelque temps après, le même malade veut se guérir sans médecin ; il traite de nouveau son eczéma, une pleurésie se déclare avec une endopéricardite, et une apoplexie cérébrale l'emporte en peu de jours.

La *disparition brusque* des affections cutanées peut donc être nuisible ; c'est pourquoi, avant d'entreprendre une thérapeutique active, on doit toujours considérer avec soin l'âge, l'état antérieur, la constitution du malade et la nature diathésique du mal. Toujours il faut traiter les maladies de la peau, mais il faut, dans certains cas, se garder d'agir trop vite et trop énergiquement.

CHAPITRE VI

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES MALADIES DE LA PEAU

L'étiologie, la grande inconnue de la médecine, est aussi peu avancée pour les maladies de la peau que pour les autres parties de la pathologie. Cependant, chez les anciens et de nos jours, elle a servi de base à un grand nombre de classifications, celles de Lorry, de Franck, de Bazin, de Hardy. Et même la classification d'Alibert, quoique fondée principalement sur les caractères anatomiques, avait aussi égard à la cause des affections cutanées.

Les anciens, et Galien lui-même, ne possédaient que des notions très vagues en étiologie, et presque toutes les maladies de la peau étaient confondues dans la classe des *lèpres*. Il faut arriver jusqu'à Ludwig, à Pujol, à Lorry, à Pouteau, à Barbette et aux deux Franck pour trouver des études plus sérieuses sur les causes des affections cutanées et sur l'importance de ces causes dans la classification. Gintrac père a surtout insisté sur l'herpétisme, auquel il rapportait un grand nombre de maladies. Devergie s'occupa plus particulièrement de la nature et de l'origine des affections lupeuses. Gibert est aussi un de ceux qui étudièrent l'étiologie avec le plus de fruit. Mais c'est principalement à Bazin et à Hardy que sont dues les connaissances les plus importantes sur les causes des affections de la peau. C'est de ces deux médecins que l'on tient les premières doctrines étiologiques véritablement scientifiques, toutes réserves faites d'ailleurs au sujet de la discussion des principes d'après lesquels ces doctrines ont été établies. Il est juste de mentionner enfin les remarquables travaux de Hebra et

de l'Ecole de Vienne, ceux de l'Ecole anglaise et de la jeune Ecole américaine. En somme, c'est aux trente dernières années surtout qu'il faut rapporter les principaux résultats acquis dans le domaine de l'étiologie des maladies cutanées.

Nous ne nous dissimulons pas les difficultés d'un groupement rationnel de toutes les causes si variées qu'on rencontre en dermatologie. Cependant nous croyons qu'on peut adopter la division suivante, qui reconnaît *trois ordres de causes* aux affections de la peau :

1° Les *causes inhérentes à l'individu :*

a. Causes constitutionnelles et diathésiques.

b. Causes anatomo-pathologiques.

c. Causes physiologiques : hérédité, âge, constitution, grossesse, état cataménial, etc.

2° Les *causes extérieures à l'individu, mais capables de produire une modification générale de son organisme :* alimentation, climat, saison, habitation, etc.

3° Les *causes extérieures à l'individu, agissant localement ;* ce sont les véritables causes externes : tous les irritants cutanés, la chaleur, le froid, les traumatismes, les parasites, etc.

Ces causes sont les unes prédisposantes, les autres efficientes. Elles peuvent agir séparément ou les unes après les autres, et les dernières ne font souvent que déterminer l'action des premières. Un seul exemple suffira pour expliquer notre pensée, c'est celui de l'eczéma chez les galeux, dont la production reconnaît deux facteurs : le parasite comme cause efficiente, et un état constitutionnel comme cause prédisposante.

Reprenons maintenant, successivement et en détail, les différentes causes que nous venons d'énumérer.

I. — Causes inhérentes à l'individu.

A. **Causes constitutionnelles et diathésiques.** — C'est parmi ces causes qu'il faut placer la constitution, le tempérament, la prédisposition. La plupart des auteurs confondent les maladies constitutionnelles et les diathèses ; ils admettent une diathèse herpétique, une diathèse lépreuse, etc., au même titre que la diathèse cancéreuse ou la diathèse syphilitique. Cette opinion a été vivement combattue par Bazin, qui

distingue expressément les affections constitutionnelles des affections diathésiques.

Pour Bazin, les *maladies constitutionnelles* sont :

L'herpétisme,

L'arthritisme,

La scrofule,

La syphilis.

Les *diathèses* sont :

Le cancer,

La diathèse fibreuse,

La diathèse lépreuse.

Etc.

Nous laissons de côté les diathèses (dans le sens adopté par Bazin) dont les manifestations cutanées sont spéciales, bien définies et faciles à distinguer les unes des autres.

Quant aux affections cutanées dites constitutionnelles, ce sont des maladies à marche chronique, contagieuses ou non, fébriles ou non, qui donnent lieu à des manifestations cutanées multiples, papules, bulles, vésicules, taches, etc., en même temps qu'à des accidents viscéraux variés. — Dans cet ordre de causes internes, nous n'insistons pas non plus sur la scrofule ni sur la syphilis ; il n'y a actuellement aucune discussion à soulever sur la nature des affections de la peau déterminées par ces deux maladies. Nous nous occuperons seulement des dermatoses dites ***arthritiques*** ou ***herpétiques***.

Il ne faut pas oublier que l'arthritisme et l'herpétisme, tel que le définit Bazin, produisent des accidents cutanés semblables, au point de vue morphologique. Quelles sont donc les différences qui distinguent l'arthritis de l'herpétisme ?

Les herpétiques, d'après Bazin, sont des individus à constitution sèche et osseuse, à tempérament nerveux et irritable ou mélancolique, sujets à des catarrhes pituiteux, à des blennorrhées ou à des leucorrhées et à des diarrhées rebelles. Ils n'ont pas d'embonpoint, pas de transpiration; leur peau est au contraire sèche et parcheminée. Et cependant l'auteur ajoute, comme caractéristiques de l'herpétisme, les excitations et les démangeaisons à l'anus, ce qui est une contradiction, car les démangeaisons anales, qu'on observe aussi dans l'arthritis, ne sont produites que par la sueur. La peau des herpétiques est le siège de démangeaisons et d'éruptions pathogénétiques qui se montrent

avec la plus grande facilité, par l'ingestion de certains aliments ou par l'excès des boissons alcooliques. Ils sont affectés de névralgies rebelles et de migraines, d'ophthalmies avec prurit du bord libre des paupières, de coryza et d'angine granuleuse, de bronchite, etc.

Les arthritiques, rhumatisants ou goutteux, sont blonds ou châtains, généralement enclins à l'obésité, bien qu'ils aient un appétit modéré. Leur système musculaire est très développé. Ils ont la peau blanche, fine et transparente, les veines à fleur de peau. Ils contractent avec la plus grande facilité des angines et des coryzas. Ils sont sujets à des névralgies, à la gastralgie, à la dyspepsie, à l'asthme et à la migraine, affections qui leur sont d'ailleurs communes, comme on vient de le voir, avec les herpétiques. Ils sont habituellement constipés, souvent hémorrhoïdaires. Les autres accidents de l'arthritis sont les épistaxis, la transpiration exagérée, surtout dans certaines régions : la tête, les aisselles, les pieds, les mains et les organes sexuels, et enfin la chute prématurée des cheveux.

On voit que les différences indiquées par Bazin entre les deux diathèses sont bien fragiles, et qu'au contraire elles présentent l'une et l'autre certains caractères semblables, à tel point que Bazin lui-même a été obligé de créer une forme herpétique de l'arthritis. Il nous est donc permis de révoquer en doute l'existence de l'herpétisme, comme entité morbide bien définie. Il n'en est pas de même de l'arthritisme, qui, indépendamment des symptômes articulaires et des accidents cutanés, présente des manifestations viscérales multiples, indiscutables et connues de tous, parmi lesquelles nous citerons seulement les affections cardiaques. A-t-on jamais trouvé, dans la prétendue diathèse herpétique, des manifestations aussi fixes, aussi constantes, aussi évidentes ? Nous ne le croyons pas, et c'est pourquoi nous ne pouvons adopter sans restriction les théories de Bazin.

Quoi qu'en ait dit ce célèbre médecin, *l'herpétisme n'a pas de caractères propres*, et il n'est pas rare de voir des individus, qui présentaient tous les attributs de l'herpétisme, devenir rhumatisants ou goutteux, ou même scrofuleux.

Frappé de la ressemblance des caractères attribués d'une part aux herpétides, d'autre part aux arthritides, M. Hardy a cherché à simplifier d'une façon radicale l'étiologie des affections cutanées. A côté de la scrofule et de la syphilis, dont personne ne peut contester l'indépendance et les manifestations particulières, il n'admet qu'une seule

diathèse, la *dartre*, dans laquelle il englobe toutes les autres dermatoses.

D'après M. Hardy, les dartreux ont habituellement la peau sèche ; ils sont sujets à de vives démangeaisons, même en l'absence d'éruption. Mais, chez eux, les éruptions cutanées naissent avec une extrême facilité, sous l'influence des causes les plus légères et les plus fugaces. « Tantôt c'est une excitation générale : excès alcooliques, veilles, usage de café, de certains aliments (charcuterie, homard, écrevisses, moules, etc.) ; tantôt c'est un excitant local : frictions irritantes, application d'un emplâtre, etc., qui donnent lieu à une éruption souvent éphémère, mais dont l'apparition révèle une prédisposition particulière de l'économie et l'existence d'un vice latent, qui n'a besoin que d'une occasion favorable pour se manifester [1]. » La dartre porte aussi son action sur les muqueuses et sur les viscères, et M. Hardy signale, parmi les affections dartreuses, certaines conjonctivites, des pharyngites et des laryngites granuleuses, des bronchites, des gastro-entérites, la gastralgie, la migraine, etc.

Les dermatoses dartreuses sont : l'eczéma, le psoriasis, le lichen, le pityriasis. Ces éruptions sont souvent associées, et il est rare d'observer des lésions élémentaires isolées, avec des caractères anatomiques constants. « Une fois développées, les dartres restent rarement circonscrites à un seul point du corps ; elles ont une grande tendance à se montrer sur plusieurs régions à la fois ou à envahir une grande partie de la surface du corps, soit que la maladie gagne de proche en proche, soit qu'elle se développe simultanément ou successivement sur des points plus ou moins éloignés les uns des autres. Un autre caractère de ces maladies, c'est la symétrie avec laquelle elles se développent fréquemment, c'est-à-dire que souvent elles affectent deux parties correspondantes de chaque côté du tronc ou des membres. Mais le caractère le plus important est l'existence de démangeaisons ; celles-ci acquièrent parfois une intensité qui les rend atroces et insupportables, surtout la nuit, où elles occasionnent des insomnies. » (Hardy, *loc. cit.*)

Après avoir cité textuellement M. Hardy, nous sommes obligés de reconnaître que l'hypothèse de la dartre ne satisfait pas plus l'esprit que celle de l'herpétisme. Il y a dans les théories du savant professeur un excès de généralisation, et cet entraînement de doctrine le porte

1. Voy. Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*. 1858.

à considérer, par exemple, tout lichen comme dartreux, alors qu'il n'est pas rare, comme chacun le sait, d'observer cette éruption cutanée chez les scrofuleux ou chez les arthritiques.

C'est pour éviter ces contradictions que M. Pidoux n'admet plus ni dartre ni herpétisme. Pour cet auteur, il n'y a que trois maladies capitales ou initiales : la scrofule, l'arthritis et la syphilis ; « de ces trois diathèses primitives sortent par substitution régressive ou régénération toutes les autres maladies, résultat d'un abâtardissement ou d'un métissage. » Des manifestations dites herpétiques peuvent être déterminées au bout d'un temps plus ou moins long par les maladies initiales, chez le même individu ou par hérédité; mais, d'après Pidoux, ces manifestations seraient toujours la conséquence d'une sorte de métissage. En d'autres termes l'herpétisme n'est point un état morbide primitif et capital, une force pathologique spéciale et certaine, mais la résultante bâtarde et secondaire de la scrofule, de l'arthritis et de la syphilis, résultante ne possédant pas ou ayant perdu la force d'être franche comme ses générateurs.

M. Gigot-Suard au contraire fait rentrer dans l'herpétisme presque toutes les affections cutanées, et notamment celles qui sont incontestablement de nature arthritique [1]. Il confond l'herpétisme avec la diathèse urique; c'est là une erreur que nous ne faisons que signaler, sans insister davantage sur une théorie qui, sur bien des points, est la reproduction des idées émises par M. Hardy relativement à la diathèse dartreuse.

Par cet aperçu historique rapide, on voit que toutes les théories précédentes n'ont fait qu'accumuler hypothèses sur hypothèses; et, en effet, pourquoi vouloir s'obstiner à chercher les caractères d'un groupe qui n'existe pas?

Pour nous résumer, nous croyons que, dans l'état actuel de la science, il faut se borner à reconnaître les diathèses suivantes, qui sont les grandes causes constitutionnelles des affections cutanées :

a. La scrofule,
b. La syphilis,
c. Le cancer,
d. La lèpre,
e. L'arthritisme.

1. Voy. *Traité de l'herpétisme*, par Gigot-Suard, 1870.

La diathèse arthritique, dont les caractères sont bien définis, comprend deux types :

1° *Le type goutteux.* — Individus doués de plus ou moins d'embonpoint, à cou court, à cheveux rares, à facies coloré, à système musculaire bien développé.

2° *Le type rhumatisant.* — Individus généralement blonds, à peau blanche et fine, suant facilement, dont les doigts sont effilés et qui possèdent au contraire des articulations fortes.

L'arthritisme est dû vraisemblablement à l'excès d'acide urique dans le sang; et, pour rester dans le domaine de la dermatologie, c'est cet acide urique qui, en s'éliminant par la peau, produit par irritation des éruptions cutanées. Garrod, en effet, a trouvé l'acide urique dans la sueur. Nous avons nous-mêmes maintes fois constaté son existence dans la sérosité de l'eczéma.

Pour ce qui concerne l'herpétisme, nous ne pouvons nous résoudre à admettre une diathèse dont les attributs sont si hypothétiques et si discutés. Nous pensons plutôt que toute dyscrasie sanguine de l'économie peut être le point de départ d'une affection cutanée, et que c'est là qu'il faut chercher la cause des maladies dites herpétiques et non dans une diathèse si difficile à caractériser. En d'autres termes, l'herpétisme doit comprendre tout ce qui n'appartient ni à la scrofule, ni à l'arthritisme, ni à la syphilis.

Il faut tenir compte aussi, beaucoup plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, dans l'étiologie des maladies de la peau, des *influences diététiques* ou *somatiques*, telles que les milieux extérieurs, l'hygiène, le genre de vie et d'alimentation, l'alcoolisme, etc., et des modifications temporaires ou définitives que ces causes peuvent imprimer à l'organisme. La combinaison des causes internes et des causes externes dans les déterminations morbides existe d'ailleurs aussi bien pour les autres maladies que pour les dermatoses. Tel, sous l'influence du froid, contracte une pneumonie, tel autre un embarras gastrique, un troisième une attaque de rhumatisme articulaire. Il en est de même pour les affections cutanées; et, à côté de la cause constitutionnelle inhérente à l'individu, dépendant d'une dyscrasie particulière, simple ou complexe, encore inconnue dans son essence et dans sa nature propre, il importe de ne pas négliger les causes déterminantes ou occasionnelles dont le concours est de la plus haute importance dans la production des maladies.

Si maintenant nous comparons les unes aux autres les différentes opinions des auteurs français relativement à l'étiologie des dermatoses, nous voyons qu'en somme la théorie des diathèses, ou des causes constitutionnelles, tient toujours la première place dans les esprits. C'est à peine si, pendant un temps, sous l'influence des doctrines anglaises de Willan et Bateman, cette théorie a perdu du terrain. L'école anatomique française représentée par Devergie, Gibert, Cazenave, n'a obtenu qu'un succès éphémère; et, avec Bazin et Hardy, les maladies générales ont reconquis leur ancienne importance, malgré les divergences de doctrine dont nous avons parlé plus haut, au sujet de l'influence respective des diverses diathèses.

Hebra, au contraire, et les médecins de l'école de Vienne nient complètement l'influence des états morbides constitutionnels sur le développement des maladies de la peau. Pour eux, toutes les dermatoses, même les fièvres éruptives, sont des affections locales. On ne saurait trop combattre une théorie qui conduit à de semblables erreurs, et Auspitz est bien mal venu de nous reprocher notre trop grand attachement aux diathèses dont ses compatriotes méconnaissent si étrangement la valeur.

L'école anglaise s'occupe peu d'étiologie; cependant elle admet trois grandes maladies générales : la scrofule, la syphilis, la lèpre. Elle reconnaît aussi que la goutte peut donner lieu à des accidents cutanés, mais elle ne va pas plus loin. La notion des dermatoses arthritiques rhumatismales et des affections herpétiques ou dartreuses lui fait complètement défaut.

Quant à la jeune école de Philadelphie, elle a adopté complètement les doctrines de l'école de Vienne sur l'influence prépondérante des causes locales dans la production des affections cutanées.

B. **Causes anatomo-pathologiques.** — Ces causes, dont l'importance a été trop méconnue par la plupart des dermatologistes, préoccupés surtout de l'influence des diathèses ou des agents extérieurs, sont pourtant très nombreuses.

Parmi les organes viscéraux, il n'en est peut-être pas un dont les lésions ne puissent être l'origine d'une affection de la peau.

Par exemple, les relations qui existent entre certaines éruptions cutanées et les *affections de foie* sont connues de tous. Le prurigo est une conséquence ordinaire de l'ictère. L'urticaire est un accident fréquent des kystes hydatiques du foie. Les rapports du xantelasma avec

des altérations encore mal connues du parenchyme hépatique sont admis par tous les dermatologistes.

Il n'est pas rare non plus d'observer chez les *dyspeptiques* des affections prurigineuses et notamment du lichen.

La mélanodermie est un des principaux symptômes de l'altération des capsules surrénales connue sous le nom de *maladie d'Addison* (maladie bronzée).

Dans le cours des *néphrites albumineuses*, il n'est pas rare d'observer des éruptions érythémateuses ou pustuleuses et même des abcès dermiques.

Les malades atteints d'*affections cardiaques* présentent fréquemment des hémorrhagies cutanées, des pétéchies, imputables à la gêne mécanique de la circulation et, dans une certaine mesure, à l'altération du sang, qui résulte de sa stase prolongée et de son oxydation insuffisante.

Mais l'altération du sang joue surtout un rôle prépondérant dans la production des lésions cutanées qui dépendent de certaines *maladies générales*, telles que le scorbut, le typhus, les fièvres graves, etc. Quelle que soit la nature de cette altération du sang, qu'elle soit due à un vice de la nutrition, comme dans le scorbut, ou à une cause infectieuse, comme dans le typhus, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, etc., il est néanmoins constant que ces maladies donnent lieu tantôt à des éruptions érythémateuses simples (taches rosées typhiques, rougeole, scarlatine, etc.) ou pustuleuses (variole), tantôt à de véritables hémorrhagies cutanées, à des taches pétéchiales.

C'est une altération du sang toute différente que celle qui caractérise le *diabète*, et pourtant cette maladie présente aussi des complications cutanées graves, dont les plus fréquentes sont les furoncles et les gangrènes.

Enfin, si l'on admet les théories de Garrod, qui attribue l'arthritisme à un excès d'acide urique dans le sang, on pourrait, par généralisation, considérer toutes les dermatoses arthritiques comme le résultat d'une lésion du sang et les faire rentrer dans le même groupe étiologique que toutes les autres affections cutanées que nous venons de passer en revue.

Mais, de toutes les causes anatomo-pathologiques des maladies de la peau, les plus importantes, sans contredit, sont les lésions nerveuses, dont l'influence a été surtout étudiée, en Amérique par

Weir-Mittchell et Morehouse, en France par Vulpian, Charcot et leurs élèves.

Les affections cutanées d'origine nerveuse sont considérées par ces auteurs comme des *troubles trophiques*, que la cause soit une simple émotion morale, comme on en a cité quelques cas, une lésion superficielle ou profonde des centres, une compression ou une plaie des troncs nerveux.

Sans entrer dans le détail des expériences et des observations, ce que le cadre de cet ouvrage ne nous permet pas, nous mentionnerons seulement les principaux résultats qui se rattachent particulièrement à la dermatologie.

Depuis longtemps déjà, Larrey père avait signalé des altérations du système pileux à la suite de plaies des nerfs; Pouteau et Bellingieri avaient observé des faits analogues.

Larrey lui-même a décrit aussi des altérations des ongles, et Everard Home une desquamation cutanée particulière, dans plusieurs cas de lésions nerveuses.

D'autre part, dans certaines maladies du système nerveux, Hamilton et Esquirol ont trouvé un arrêt de sécrétion des glandes sudoripares, caractérisé par un état sec et parcheminé de la peau. Mais ce sont là, somme toute, des faits assez rares; les éruptions de bulles ou de vésicules sont au contraire beaucoup plus fréquentes.

Les éruptions bulleuses, à la suite des plaies ou des autres lésions des nerfs, ont été bien décrites par Devergie et plus récemment par Charcot. C'est à ce dernier auteur, surtout, que l'on doit les plus importants travaux sur les éruptions cutanées dans leurs rapports avec les troubles trophiques. Charcot a insisté particulièrement sur les éruptions vésiculeuses et notamment sur le *zona*, qui a aussi été étudié avec soin, à ce point de vue, par Parrot et par Cottard. D'autres auteurs, parmi lesquels nous citerons principalement Paget, Bœrensprung, Weir-Mittchell, Oppolzer, Leudet, etc., ont aussi contribué pour une large part à élucider ces importantes questions.

Les éruptions érythémateuses ou papuleuses d'origine nerveuse sont moins communes que les vésicules; cependant on a eu l'occasion d'observer des érythèmes, de l'urticaire ou du prurigo, à la suite d'émotions morales vives ou dans le cours de certaines affections cérébrales.

Nous avons observé nous-mêmes d'autres faits très remarquables,

qui doivent être aussi rattachés, sans aucun doute, aux troubles trophiques de la peau, et que nous allons relater en quelques mots.

Nous avons vu notamment chez un enfant, à la suite de convulsions qui avaient amené l'atrophie d'un membre, une télangiectasie capillaire se développer sur le membre atrophié.

Dans un cas d'asphyxie par l'oxyde de carbone, nous avons observé une séborrhée généralisée, accompagnant la paralysie des quatre membres, produites l'une et l'autre par la congestion médullaire. La séborrhée disparut avec la réapparition des mouvements. Sous l'influence de quelques excès, le malade fut de nouveau atteint de paraplégie et, en même temps, de séborrhée.

Enfin, on admet aujourd'hui que la sclérodactylie et la sclérodermie sont des troubles trophiques sous la dépendance d'une lésion traumatique ou pathologique du système nerveux.

Ces exemples suffisent pour montrer quelle est la valeur des altérations nerveuses dans l'étiologie des affections cutanées. Cet ordre de causes est tellement important qu'on a créé un mot, celui de *trophonévrose*, pour désigner toutes les affections cutanées d'origine nerveuse.

C. **Causes physiologiques.** — Parmi les causes physiologiques des maladies de la peau, nous trouvons en premier lieu l'*hérédité;* mais cette cause est étroitement liée à la question des diathèses, dont nous avons déjà parlé dans les causes internes ; en réalité ce n'est pas de l'affection cutanée, proprement dite, qu'on hérite, mais du vice constitutionnel, de la diathèse apte à la produire. Cependant il y a certaines affections cutanées qui sont spécialement héréditaires, telles par exemple l'icthyose, la lèpre, l'ezéma et le psoriasis. Dans ces cas-là, on hérite non seulement de la diathèse arthritique ou autre, mais d'une forme déterminée des manifestations de la diathèse.

Nous pouvons répéter pour le *tempérament* et la *constitution* ce que nous venons de dire de l'hérédité. Les causes de cet ordre se rattachent d'une façon intime aux causes internes, ou autrement dit aux diathèses. Cependant il est juste de reconnaître, si on laisse de côté les affections vraiment et uniquement constitutionnelles, que certaines maladies, communes à toutes les constitutions, subissent, dans leur forme et dans leur marche, des modifications importantes suivant le tempérament de l'individu. Le lichen présentera une évolution et des caractères différents selon qu'on l'observera chez un scrofuleux ou

chez un arthritique. L'eczéma ne sera pas le même chez un rhumatisant ou chez un homme de constitution lymphatique, etc., etc.

L'*âge* joue aussi un grand rôle dans la forme que revêtent les mêmes manifestations cutanées, et dans la prédominance de l'une ou de l'autre de ces manifestations. Dans la première enfance, l'eczéma affecte ordinairement le caractère impétigineux. Au moment de la première dentition, le prurigo prend une forme et une allure spéciale et constitue le strophulus. L'eczéma de la vieillesse rend au contraire la peau sèche et scléreuse. Le prurigo à cet âge est sec et formicant ; il est d'ailleurs, chez les vieillards, beaucoup plus fréquent que dans la jeunesse. C'est dans l'âge mûr que l'eczéma se présente à l'état simple et franc. Il constitue alors une éruption incessamment suintante, rarement couverte de croûtes, toujours de très longue durée, et terminée généralement par une desquamation renouvelée à plusieurs reprises et longtemps prolongée.

C'est aussi dans l'âge adulte que les affections papuleuses et vésiculeuses sont le plus fréquentes, comme par exemple l'eczéma, le lichen, l'herpès, etc. ; tandis qu'au contraire certaines maladies de la peau débutent presque toujours dans la jeunesse ou dans l'adolescence. Le lupus, qui est l'apanage du tempérament scrofuleux, apparaît d'habitude de huit à quatorze ou quinze ans. L'acné est une affection de l'adolescence. Le cancer est une maladie de l'âge mûr et de la vieillesse ; on l'observe rarement, au moins sur la peau, avant quarante ans.

Le *sexe* a, sur le développement des affections cutanées, une influence beaucoup moins considérable que l'âge, cependant il est juste de dire qu'on observe plus fréquemment les dermatoses scrofuleuses chez la femme. Le psoriasis buccal, au contraire, est plus fréquent chez l'homme, ainsi que le cancroïde des lèvres et de la langue. On a l'habitude d'expliquer ce fâcheux privilège du sexe masculin par l'usage du tabac à fumer, principalement par l'usage de la pipe, et surtout des pipes à court tuyau.

Mais, pour la femme, il faut tenir compte aussi de certaines conditions physiologiques spéciales, telles que l'établissement des règles, la menstruation, l'état puerpéral, la ménopause, dont l'influence sur le développement des affections cutanées est indiscutable.

Chez les jeunes filles, il n'est pas rare de voir l'apparition des premières règles précédée ou accompagnée de cette décoloration par-

LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

tion parasitaire d'aucune sorte, les viandes corrompues peuvent quelquefois produire des manifestations graves du côté de la peau.

L'abus de la nourriture azotée a pour résultat une insuffisance de combustion des aliments ingérés ; ces aliments, au lieu de se convertir en urée, subissent un arrêt dans leur évolution et subsistent dans le sang à l'état d'acide urique : ainsi se trouve réalisée la condition pathogénique principale de la diathèse urique ou de l'arthritisme sous ses deux formes, le rhumatisme et la goutte.

Mais peut-être n'y a-t-il pas d'affections dont l'étiologie subisse davantage l'influence de l'alimentation que l'urticaire aigu ou chronique ! Le plus souvent, ce sont les crustacés, ou les mollusques (écrevisses, homard, moules), ou la charcuterie, plus rarement certains fruits, tels que les fraises, exceptionnellement d'autres aliments, comme les œufs frais (nous en avons vu trois cas dans notre pratique), qui, chez les individus prédisposés, donnent naissance infailliblement et constamment à une éruption ortiée.

Si la nature de l'alimentation possède une importance considérable dans l'étiologie des maladies de la peau, l'*insuffisance de l'alimentation* présente aussi une influence d'un autre ordre, mais tout aussi manifeste. Les privations et la dénutrition qui en résulte, l'altération de la crase sanguine, et l'hypoglobulie produisent non seulement des lésions viscérales dont nous n'avons pas à nous occuper, mais aussi des manifestations cutanées particulières, des éruptions de rupia et d'ecthyma (ecthyma cachectique), des pétéchies scorbutiques, etc. Cette dernière variété de lésion cutanée est due principalement, comme on le sait, à l'absence de nourriture végétale.

Les *boissons* n'ont d'influence sur les maladies de la peau que par l'alcool et par le tannin qu'elles renferment. Les lésions viscérales de l'alcoolisme chronique ont été bien étudiées par de nombreux auteurs ; les affections cutanées dues à la même cause sont moins connues. Cependant l'importance de l'alcoolisme est capitale en dermatologie [1] ; l'eczéma, le lichen, le prurigo et surtout l'acné, principalement l'acné hypertrophique et la couperose, sont des maladies fréquentes chez les buveurs.

B. **Causes hygiéniques.** — Le genre de vie, le milieu extérieur, l'humidité, la malpropreté, et tous les vices hygiéniques dépendant de la

1. Voy. A. Renaut, thèse de Paris?

misère, sont de nature à provoquer des éruptions cutanées. Le prurigo, principalement chez les vieillards, l'impétigo chez les enfants, l'eczéma peuvent reconnaître pour cause unique la cachexie qui résulte de l'insalubrité et de l'indigence. Ce sont d'abord des affections locales ; mais peu à peu la constitution tout entière se modifie, la nutrition s'altère sous l'influence combinée des privations alimentaires, des excès alcooliques et du défaut d'hygiène, et les lésions, primitivement locales, se renouvellent incessamment, parce qu'elles sont entretenues ou reproduites par le mauvais état général.

C. **Causes cosmiques.** — L'influence des *saisons* et surtout des changements de saisons sur le développement des dermatoses est de notion vulgaire. C'est surtout au printemps et quelquefois à l'automne que se produisent les efflorescences érythémateuses ou vésiculeuses ou acnéiques. Chez les syphilitiques, c'est surtout au printemps que se font, dans les premières années, de nouvelles poussées du côté de la peau, et c'est pour cette raison que la plupart des médecins conseillent de reprendre le traitement spécifique, pendant quelque temps, à cette époque de l'année, même en l'absence de manifestations et pour les prévenir.

Les *climats* ont dans l'étiologie des maladies cutanées une importance égale à celle des saisons. Les lieux bas et humides, à température élevée, en débilitant l'économie, favorisent l'éclosion de certaines dermatoses. Les climats chauds ont le privilège d'éruptions spéciales, telles que la lèpre, pour la production de laquelle nous avons déjà noté l'influence de l'alimentation. Enfin l'action du soleil et des hautes températures suffit pour déterminer des lésions variées des téguments; certains lichens, comme le *lichen tropicus*, la variété de lichen improprement désignée sous la dénomination de *gale bédouine*, sont des conséquences directes de la chaleur du climat. Les sudamina, dont l'apparition est liée à l'exagération de la sécrétion sudorale, résultent souvent aussi, par ce fait, de l'élévation de la température extérieure.

D. **Causes pathogénétiques.** — Les éruptions déterminées par l'ingestion des médicaments absorbés en excès, ou chez des individus prédisposés, sont très nombreuses. Nous ne mentionnerons que les principales, car la plupart de ces éruptions pathogénétiques ont déjà été décrites dans le chapitre consacré à la séméiologie générale des affections cutanées.

Les balsamiques, et, en première ligne, le copahu, produisent,

comme chacun sait, des éruptions érythémateuses et papuleuses (roséole copahique) qu'on a longtemps confondues avec des manifestations syphilitiques.

L'iode et les iodures, administrés pendant longtemps ou à doses excessives, et même à doses minimes, chez certains individus, déterminent de l'érythème, de l'acné et parfois des papules.

L'arsenic aussi, d'après quelques auteurs, donnerait lieu à des éruptions papuleuses; mais, sans révoquer complètement en doute les éruptions arsenicales, nous les croyons exceptionnelles, et, pour notre part, nous ne les avons jamais observées.

L'hydrargyrisme, indépendamment de la salivation et du tremblement, peut donner naissance à des papules cutanées, qui s'ulcèrent très rapidement.

La belladone produit fréquemment des éruptions érythémateuses; il en est de même du chloral, etc. Nous ne citerons pas de plus nombreux exemples, car leur énumération nous entraînerait trop loin.

III. — Causes externes.

Nous placerons dans cette classe les causes extérieures proprement dites, indépendantes du sujet et agissant localement, à titre de modificateurs directs.

Tous les corps irritants appliqués à la surface de la peau peuvent y produire des éruptions variées, qui présentent ce caractère important d'être généralement polymorphes et de n'affecter aucun type défini.

L'abus des cosmétiques, les frictions avec les pommades irritantes, le contact prolongé des poussières et des agents chimiques ou médicamenteux sur la peau sont les principales causes des éruptions de ce genre.

Les frictions avec l'huile de croton, les emplâtres de thapsia ou les emplâtres stibiés donnent naissance à de petites vésicules confluentes qui parfois peuvent se généraliser, quand le malade, par le grattage ou les frottements, a déplacé l'emplâtre et porté des parcelles de la substance irritante sur les diverses régions du corps. Il n'est pas rare de voir ainsi des éruptions miliaires généralisées, dont il est facile de trouver la cause première dans l'application d'un emplâtre médicamenteux. La pommade cantharidienne, la pommade mercurielle produisent des éruptions analogues. L'usage prolongé de l'huile de cade,

en frictions, détermine une éruption pustuleuse particulière, connue sous le nom d'acné cadique.

Ce sont aussi des causes externes qui produisent les principales *affections cutanées professionnelles.*

La fabrication de l'acide chromique et des chromates, celle des préparations arsenicales, et notamment du vert de Schweinfurt, dont l'emploi est d'une grande importance dans l'industrie des papiers peints, donnent fréquemment naissance à des éruptions vésiculo-pustuleuses ressemblant un peu à l'eczéma, ou à des ulcérations cutanées analogues, comme aspect et comme odeur, aux plaques muqueuses syphilitiques.

Les ouvriers qui travaillent à la préparation du pétrole sont sujets aussi à des éruptions miliaires qui ressemblent aux sudamina.

Toutes les professions qui exigent le maniement de substances irritantes : composés chimiques, acides, alcalis, etc., exposent à l'eczéma des mains et des avant-bras. C'est cet eczéma qu'on observe chez les cuisinières, chez les épiciers, chez les teinturiers, et qui prend parfois l'aspect lichénoïde : on lui donne alors vulgairement le nom de gale des épiciers.

Les vêtements de laine appliqués directement sur la peau déterminent chez certaines personnes de l'érythème, de l'acné, du prurigo, etc., accompagnés de vives démangeaisons.

L'action du calorique rayonnant, dégagé par le feu ou par la lumière solaire, peut produire aussi des éruptions érythémateuses d'abord, puis pustuleuses, quand cette action a été trop prolongée. C'est dans l'action des rayons solaires et particulièrement des rayons chimiques, ainsi que l'a prouvé Ch. Bouchard [1], qu'il faut chercher la cause *déterminante* de l'*érythème pellagreux.*

Parmi les agents excitants locaux, les *parasites* constituent certainement la cause la plus importante des éruptions cutanées.

Les *parasites végétaux*, de l'ordre des champignons arthrosporés (Payer), en s'implantant dans l'épaisseur de l'épiderme entre la couche cornée et le corps muqueux, ou dans les gaines des poils, produisent les différentes variétés de *teignes.* La teigne tondante (herpès tonsurans) est produite par le *trichophyton tonsurans ;* c'est ce même champignon qui donne naissance à l'herpès circiné, sur les parties

1. Voy. Ch. Bouchard, *Nouvelles recherches sur la pellagre.*

glabres. La pelade (porrigo decalvans) est produite par le *microsporon Audouini* (Gruby). C'est au *microsporon mentagrophytes* (Ch. Robin) qu'il faut attribuer la mentagre ou le sycosis parasitaire. Un autre microsporon, le *microsporon furfur* (Ch. Robin), donne lieu au pityriasis versicolor. Enfin un champignon un peu plus compliqué, l'*achorion de Schœnlein* (achorion Schœnleinii, Remak), donne naissance à la teigne faveuse et aux godets faviques.

Les affections cutanées déterminées par les *parasites animaux* sont plus variées, mais aussi moins tenaces et beaucoup plus faciles à guérir. Nous citerons seulement les piqûres de puces, de punaises, d'abeilles, de guêpes, de cousins, les taches érythémateuses produites par le contact des chenilles ou des araignées, qui disparaissent d'ordinaire rapidement d'elles-mêmes sans aucun traitement.

Les poux de corps ou du pubis occasionnent des éruptions prurigineuses (prurigo parasitaire) accompagnées de démangeaisons très pénibles. Une fois guéri, ce prurigo laisse à sa suite une sorte de mélanodermie, une pigmentation particulière de la peau, surtout persistante aux bourses et autour de la ceinture. C'est aussi aux poux du pubis, d'après les récentes recherches de M. Duguet, qu'il faudrait attribuer les taches bleues ou taches ardoisées observées dans la fièvre typhoïde et dans quelques autres états fébriles. Les poux de tête, chez les enfants scrofuleux et mal tenus, déterminent fréquemment des éruptions impétigineuses faciles à guérir par la destruction des parasites.

Enfin le plus important de tous les parasites animaux est certainement le *sarcopte de la gale*. Cet arachnide produit des éruptions polymorphes, vésiculo-pustuleuses, sur lesquelles nous n'avons pas à insister dans ce moment, mais qui sont tellement fréquentes qu'elles constituent pendant l'hiver presque le quart des affections cutanées observées aux consultations si nombreuses de l'hôpital Saint-Louis.

Telles sont les différentes causes des maladies qui peuvent atteindre le tégument externe. Mais comment ces causes agissent-elles? dans quelle proportion chacune d'elles fait-elle sentir son action? L'influence prépondérante appartient-elle aux causes internes, comme on le croit en France, ou aux causes externes, comme le prétend l'école de Vienne? Certainement il restera toujours beaucoup d'incertitude sur la valeur comparée de ces diverses causes dans le développement des maladies

de la peau. Cependant, si l'on tient compte des enseignements fournis par la pratique de la ville, où le médecin peut suivre pendant longtemps ses malades, et qui par conséquent sont beaucoup plus instructifs et beaucoup plus concluants que l'observation hospitalière, si l'on a égard aux modifications successives des maladies chroniques par le temps et par l'hérédité, on est porté à admettre que les affections cutanées, même celles qui semblent nettement déterminées par une cause locale, ne se développent que sur les terrains préparés à les recevoir, sur les organismes prédisposés par un vice constitutionnel quelconque. A part les parasites, aucune cause locale ne peut, à elle seule, quoi qu'en disent Hebra et ses élèves, produire une maladie de la peau. Le plus souvent, l'action combinée des causes internes et des causes externes est nécessaire. C'est la cause locale qui produit l'affection cutanée; mais c'est la cause générale, constitutionnelle ou diathésique, peu importe le nom qu'on lui donne, qui a provoqué son apparition, préparé son développement, et c'est elle seule qui sera capable de l'entretenir une fois produite, ou de la renouveler à la moindre occasion quand elle sera guérie.

CHAPITRE VII

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES MALADIES DE LA PEAU

Nous ne nous arrêterons pas sur la question de savoir s'il existe des maladies cutanées qu'il est imprudent de traiter et dangereux de guérir. Cette question a déjà été discutée à propos du pronostic. Toutes les maladies de la peau doivent être traitées et peuvent être guéries, pourvu que l'on tienne compte des conditions dans lesquelles elles se développent.

Or la thérapeutique tout entière des dermatoses se déduit d'une série de considérations que nous avons fait connaître dans les chapitres précédents, et qui constituent véritablement les diverses sources des indications thérapeutiques en dermatologie. Nous rappellerons pour mémoire ces considérations relatives aux conditions dans lesquelles se développent les affections cutanées.

Il faut d'abord avoir égard aux *conditions physiologiques*, à l'âge, au sexe, et aux diverses particularités dépendantes du sexe féminin, telles que la grossesse, la menstruation, la ménopause, au tempérament, à la constitution, à l'hérédité, au genre de vie (alimentation, habitation, hygiène, etc.) et à la profession du malade. Les indications fournies par les *conditions cosmiques*, les saisons, les climats, la température, ne doivent pas être négligées, car elles sont aussi de nature à modifier le traitement suivant les cas.

Mais de toutes les indications précédentes, celles qui dépendent de l'âge et de la constitution sont certainement les plus importantes, et ce sont celles qui devront surtout servir de guide dans la direction

du traitement. Chez un vieillard, par exemple, atteint d'un eczéma ancien et qui est devenu pour lui presque une habitude, instituera-t-on un traitement rapide et énergique? Nous avons déjà insisté sur ce point, et nous avons dit avec quelle lenteur et quelle prudence il fallait soigner les affections cutanées des vieillards, sous peine de voir se produire des accidents viscéraux graves et quelquefois mortels. Il en est de même des gourmes de la première enfance; on a dit longtemps, et Trousseau a partagé cette opinion, que certaines gourmes ne devaient pas être guéries : c'est là une exagération, sinon une erreur. On peut et on doit guérir toutes les maladies de la peau chez les enfants, en ayant soin de ne pas employer une thérapeutique trop active. Nous citerons encore un autre exemple : nous avons vu une fois la disparition d'un psoriasis, chez un jeune homme, être suivie de l'apparition de l'épilepsie. Dans ces cas-là, faut-il guérir le psoriasis? Si l'on ne veut pas s'exposer à voir reparaître les attaques d'épilepsie, il faut instituer le traitement le plus anodin, ne jamais craindre d'agir trop lentement, car c'est alors surtout que la précipitation serait funeste. Quelque interprétation que l'on donne à ces faits, il est incontestable que certaines maladies cutanées font partie intégrante et comme indispensable du sujet qui les porte; les guérir serait ouvrir la porte à une complication plus grave : nous avons vu également une tuberculose aiguë survenir après la guérison rapide d'un psoriasis.

D'autres indications thérapeutiques sont fournies par la marche aiguë ou chronique de la maladie, par son mode de début et par son évolution, par les états diathésiques qui lui ont donné naissance, par la nature du contage et par la forme des épidémies, si l'on a affaire à une maladie contagieuse.

Mais il faut surtout avoir égard à la nature et à la forme de la lésion cutanée. Les lésions congestives ou hémorrhagiques ne réclament pas le même traitement que les dermatoses inflammatoires. Si le traitement général, variable suivant les cas, est à peu près le seul qui doive être mis en usage pour les congestions et les hémorrhagies, dans les inflammations au contraire le traitement local antiphlogistique occupera une place importante.

Au reste, c'est parmi les inflammations sans contredit qu'on trouve les affections cutanées les plus importantes, et là encore la thérapeutique sera différente suivant que l'inflammation sera aiguë ou chro-

nique, simple ou spécifique ; elle sera différente aussi suivant la forme de la lésion.

Les affections érythématheuses guérissent ordinairement d'elles-mêmes. Les affections vésiculeuses, généralement suintantes, devront être desséchées par des poudres inertes (poudre d'amidon, poudre de lycopode, etc.) ; les lésions squameuses au contraire seront modifiées par les pommades irritantes, par les agents substitutifs, comme l'huile de cade. Les applications émollientes seront employées contre les bulles et les pustules.

La maladie est de cause interne ou externe. Dans les affections purement locales, le traitement externe suffira ; c'est le cas le plus rare. Le plus souvent, ainsi qu'on l'a vu dans le chapitre précédent, la maladie cutanée a pour cause principale, sinon unique, une lésion interne viscérale ou une altération générale de l'économie, un vice constitutionnel ou diathésique. Dans ces cas-là, c'est à la lésion primitive qu'il faut s'adresser, soit à la diathèse (syphilis, scrofule, arthritisme), soit à la lésion viscérale, à la cause anatomo-pathologique qui tient sous sa dépendance l'affection cutanée (lésions du système nerveux, du foie, des reins, etc.).

Telles sont les indications générales de la thérapeutique des maladies de la peau ; voyons maintenant quelles sont les principales *médications* employées dans les différents cas.

Le traitement des affections cutanées est *général* ou *local ;* la médication qui leur convient est *interne* ou *externe;* nous laissons de côté, pour le moment, les médications spéciales, les médicaments dits spécifiques, que nous examinerons plus loin avec quelque développement.

Les **médications internes** employées en dermatologie sont les suivantes :

1° La médication dérivative et antiphlogistique ;

2° La médication évacuante ;

3° La médication tonique, analeptique ou reconstituante ;

4° La médication anesthésique interne ou anti-nerveuse.

L'agent principal de la *médication dérivative* est la *saignée* générale ou locale. La saignée générale est aujourd'hui peu usitée ; elle n'est indiquée d'ailleurs que contre les affections aiguës. Mise en vigueur par Willan, par Rayer, par Biett, elle a été très employée autrefois ; mais les bénéfices qu'on en retire sont fort rares, comparés surtout

aux dangers de l'anémie qui en résulte souvent. Quant à la saignée locale, on n'avait pas l'occasion de s'en servir, dans les maladies de la peau, jusqu'à ces dernières années. Mais depuis l'introduction des scarifications et des incisions linéaires dans la thérapeutique dermatologique, c'est aujourd'hui un traitement fréquemment employé, notamment dans le *lupus* et dans certaines *couperoses*. Il est juste de reconnaître d'ailleurs que, dans ces lésions, les scarifications n'agissent pas seulement par l'émission sanguine, en décongestionnant les parties malades, mais aussi en modifiant la structure de ces parties dont les capillaires s'oblitèrent et s'atrophient en substituant au tissu ancien, dégénéré ou altéré, un tissu cicatriciel de nouvelle formation.

La *médication évacuante* comprend les *laxatifs*, les *purgatifs*, les *vomitifs*. Ce sont des agents fréquemment employés dans le traitement général des maladies de la peau. Les purgatifs salins et quelquefois les vomitifs sont indiqués au début de toutes les affections aiguës qui s'accompagnent généralement d'embarras gastrique. Dans les affections chroniques, les purgatifs répétés et les laxatifs sont d'un usage constant.

La *médication tonique*, dont le quinquina forme la base, est usitée dans les maladies déprimantes, comme la scrofule et la syphilis, dans certaines dermatoses malignes à évolution rapide, comme le pemphigus foliacé (herpétide maligne exfoliatrice de Bazin), dans les gangrènes cutanées d'origine diabétique, dans certaines formes d'eczéma aigu à tendance cachectique, dans l'ecthyma des vieillards, en un mot dans tous les cas de débilitation profonde de l'organisme.

La *médication anti-nerveuse* ou *anesthésique* est employée avec succès dans quelques formes de prurit, dans les affections cutanées particulièrement douloureuses, comme le zona. Le bromure de potassium, le musc et le castoreum constituent les agents les plus importants de cette méthode thérapeutique.

Les **médications externes** ou **locales** les plus usitées dans le traitement des dermatoses sont :

1° La médication émolliente ou antiphlogistique locale ;
2° La médication sédative ou controstimulante externe ;
3° La médication irritante ou substitutive ;
4° La médication révulsive ;
5° La médication caustique et la cathérétique ;
6° La médication astringente ;

7° La médication anesthésique locale ;

8° La médication parasiticide et la médication antiseptique.

La médication émolliente est certainement de première importance en dermatologie, car la plupart des affections cutanées reconnaissent pour point de départ une inflammation aiguë ou chronique (inflammations vésiculeuses, bulleuses, papuleuses, pustuleuses, squameuses). Cette médication comprend, comme agents principaux, les cataplasmes, les bains, les fomentations et les embrocations émollientes et enfin les poudres inertes, comme la poudre d'amidon, qui agissent surtout comme corps absorbants et isolants.

Les cataplasmes les plus usités sont les cataplasmes d'amidon cuit et refroidi. On les emploie dans tous les cas où les antiphlogistiques peuvent être efficaces, dans les inflammations humides, et en première ligne dans l'eczéma, quand cette éruption n'est pas accompagnée d'une sécrétion trop abondante. Dans l'eczéma suintant, les topiques pulvérulents (poudre d'amidon) rendent, au début, plus de services que les cataplasmes. On peut aussi parfois remplacer ces derniers par le glycérolé d'amidon ou par la glycérine neutre.

La médication émolliente associe généralement aux cataplasmes les bains simples et surtout les bains d'amidon, qui sont d'un usage universel en dermatologie. Les bains généraux et continus sont même employés par Hébra et par les médecins viennois, à l'exclusion de toute autre thérapeutique, dans le traitement de certaines dermatoses inflammatoires.

La **médication sédative et controstimulante externe** est souvent le complément de la médication émolliente. L'occlusion et l'hydrothérapie froide ou chaude sont les principaux moyens dont elle dispose.

Le *pansement par occlusion* était déjà usité depuis longtemps dans les affections chirurgicales, avant qu'on ait songé à l'employer dans le traitement des dermatoses. C'est à Colson (de Beauvais) qu'il faut attribuer l'honneur d'avoir appliqué la méthode occlusive aux affections cutanées. Les premières tentatives de Colson datent de 1854 ; mais ce fut en 1869 seulement que ce médecin, à l'instigation de M. Hardy, fit connaître les résultats de sa pratique[1]. Il employait la toile de caoutchouc imperméable, et personne, avec d'autres agents d'occlusion, n'est arrivé à mieux faire que lui. De nombreux travaux

1. Voy. Colson, *Gazette des hôpitaux*, 25 février 1869.

en effet se sont succédé depuis le mémoire de Colson : Hébra a imaginé la pommade qui porte son nom (emplâtre de diachylon et huile de lin); Robert Latour et Rouget (de Strasbourg) ont proposé l'emploi du collodion; mais on est revenu toujours au caoutchouc vulcanisé, dont les heureux effets et l'innocuité parfaite ont été établis par Hardy, par nous-même, par Hébra, par Neumaun, par E. Besnier, par Dunkan Bulkley, etc. [1].

L'enveloppement imperméable a été employé dans la plupart des affections cutanées humides ou sèches, dans l'eczéma, l'impétigo, le pemphigus, les ulcères, le lichen, l'ichthyose, le psoriasis, le pityriasis. Dans toutes ces maladies, le mode d'action de l'occlusion est complexe et résulte de la soustraction du contact de l'air, de l'uniformité de la température, de l'hypersécrétion cutanée et de l'accumulation des liquides à la surface de la peau. Sous l'influence de ces effets combinés, la peau reprend sa souplesse, le prurit disparaît, les exulcérations se cicatrisent et les écailles épidermiques se détachent. Certes ce sont là des résultats importants et dont nous sommes loin de méconnaître la valeur. Cependant, bien que nous ayons aussi nous-même employé l'occlusion dans la plupart des dermatoses , nous devons avouer que bien rarement nous avons vu ce mode de traitement supérieur au simple et vulgaire cataplasme d'amidon. Il est une seule affection dans laquelle l'enveloppement par le caoutchouc présente une efficacité plus rapide que le cataplasme : c'est l'impétigo de la face et du cuir chevelu chez les enfants. Dans tous les autres cas, et même dans des affections chroniques eczémateuses ou lichénoïdes, pour lesquelles le caoutchouc a été surtout vanté, le cataplasme est égal, sinon supérieur à l'occlusion. Celle-ci a d'ailleurs un inconvénient que ne présente jamais le cataplasme : c'est de déterminer souvent, par le contact prolongé du caoutchouc, une éruption pustuleuse secondaire à la surface de la peau.

Parmi les autres agents de la méthode occlusive, nous devons mentionner particulièrement la ouate, qui depuis longtemps a rendu de si

1. Voy. sur la question de l'occlusion par le caoutchouc, principalement les travaux suivants :
Dunkan Bulkley, *Arch. of Dermatology*, juillet 1878.
Dodré, thèse de Paris, 1879.
Besnier, *Bulletin général de thérapeutique*, 1875, t. 88, p. 49.
Hébra, *Arch. für Dermatologie und Syphilis*, 1879.
Pageat, th. Paris, 1871.
Lepage, th. Paris, 1877.

grands services à la chirurgie dans le traitement des brûlures. Par analogie, nous avons employé l'enveloppement ouaté dans le pemphigus à grosses bulles, et toujours nous en avons retiré d'heureux résultats.

L'*hydrothérapie* simple est peu employée en dermatologie ; le plus souvent, on a recours à des bains médicamenteux. Les bains froids ne répondent à aucune indication des affections cutanées. Les bains tièdes ont pour rôle principal de nettoyer la peau ; ils exercent aussi une action sédative générale importante, par exemple, dans le traitement de la syphilis. On les emploie enfin, avec avantage, dans les formes sèches des dermatoses, en raison de leur influence locale sur l'épiderme, qu'ils ramollissent et dont ils entraînent les débris desquamés. Les bains de vapeur possèdent une action excitante générale sur le système nerveux, dont nous n'avons pas à nous occuper ici ; au point de vue qui nous intéresse, ils sont usités au même titre que les bains tièdes, auxquels ils sont supérieurs, dans la syphilis pour stimuler les fonctions de la peau, dans le psoriasis pour favoriser le détachement des squames. Mais, en résumé, les bains ne possèdent d'action curative sur aucune maladie cutanée ; on ne les emploie que comme adjuvants du traitement général.

La **médication irritante** ou **substitutive** est d'un usage très fréquent en dermatologie. C'est par elle qu'on modifie localement les couches superficielles de la peau, dans les inflammations chroniques, comme le psoriasis, l'eczéma chronique, le lichen. Elle est indiquée d'une manière générale, dans toutes les affections sèches papuleuses ou squameuses, qui s'accompagnent de l'épaississement et de l'induration de la peau. Elle constitue, à proprement parler, un véritable traitement homœopathique. Les agents habituels de cette médication sont en première ligne l'huile de cade, qu'on a essayé en vain de remplacer dans ces derniers temps par l'acide pyrogallique ou l'acide chrysophanique, puis les solutions faibles de nitrate d'argent et la teinture d'iode. On a employé aussi l'huile de bouleau, l'huile de noix d'acajou, les solutions faibles de chlorure de zinc, etc.

La **médication révulsive** est indiquée dans le traitement de certaines affections cutanées. Les alopécies et principalement la pelade sont avantageusement combattues par les frictions avec les teintures excitantes, telles que la teinture de cantharide, qu'on remplace quelquefois par l'alcool camphré et le baume de Fioraventi. L'application

des vésicatoires est usitée avec succès non seulement dans la pelade, mais encore dans les autres teignes, la teigne tondante et le favus, quand tous les parasites sont détruits par l'épilation, et que le traitement ne consiste plus qu'à faire repousser les cheveux. On a souvent aussi employé le vésicatoire, dans le traitement du zona et des autres éruptions vésiculeuses ou bulleuses, considérées comme symptomatiques d'une névrite.

Les médicaments caustiques et cathérétiques (qui ne sont que des caustiques faibles) les plus usités en dermatologie, sont le chlorure de zinc, le nitrate acide de mercure, la pâte de Vienne (chaux vive et potasse), le caustique de Filhos, la pâte de Canquoin, l'acide chromique, le nitrate d'argent, le sulfate de zinc, etc. On emploie aussi le fer rouge, le thermo-cautère et le galvano-cautère. Tous les caustiques servent soit à la destruction des tumeurs cutanées bénignes ou malignes, telles que les papillomes, les cancroïdes et les diverses variétés de cancer, soit à la cautérisation superficielle ou profonde des ulcérations spécifiques, comme les chancres et les plaques muqueuses, et des lésions virulentes ou septiques, comme la pustule maligne.

La médication astringente est généralement employée, soit dans les cas où les agents cathérétiques seraient trop énergiques, soit pour remplacer la médication irritante. Certaines ulcérations légères de la peau, les fissures à l'anus, quelques ulcères de jambe sont heureusement modifiés et quelquefois guéris par la pommade au ratanhia, la pommade au tannin, l'onguent Canet, etc. L'alun en poudre ou en solution, l'eau blanche (sous-acétate de plomb) servent au traitement de l'herpès récidivant du prépuce ou des grandes lèvres. Les solutions d'alun ou de borax sont employées contre l'acné de la face. Les solutions boratées guérissent assez bien la séborrhée humide. Enfin, les pommades au calomel, à l'oxyde de zinc, au sous-acétate de plomb sont parfois très utiles dans l'eczéma, surtout à la période pityriasique.

Les anesthésiques cutanés sont employés dans certaines formes graves et tenaces de prurit, principalement dans le prurit et le prurigo hépatiques, et pour combattre les élancements douloureux qui accompagnent quelquefois les néoplasies malignes de la peau. Les pulvérisations d'éther, les applications de glace, les liniments opiacés, chloroformés ou belladonés sont les anesthésiques les plus usités. Enfin dans ces derniers temps, on s'est servi avec succès, contre le prurit,

tives produites par le virus syphilitique : gommes, papules, tubercules, etc.

On a l'habitude de joindre à la médication spécifique de la syphilis, pour combattre l'anémie qui accompagne généralement cette maladie, le quinquina, quelquefois le fer et l'arsenic, les bains sulfureux, tous les toniques et les reconstituants.

La **médication antistrumeuse** comprend les préparations iodurées, bromurées, chlorurées et sulfureuses, le fer, le quinquina, l'huile de foie de morue; mais il n'y a pas, à proprement parler, de traitement spécifique pour les scrofulides, comme pour les syphilides. Avec l'huile de foie de morue et l'iodure de fer, on emploiera avec avantage, dans certains cas, l'arsenic, les bains de mer, surtout chez les enfants, et les bains sulfureux naturels ou artificiels, etc.

La **médication anti-arthritique** a pour base les alcalins, le bicarbonate de soude, l'eau de Vichy. C'est chez les arthritiques goutteux surtout que les bains de mer, les sulfureux et tous les médicaments excitants doivent être proscrits.

Certains auteurs, et principalement Bazin, ont décrit aussi une *médication anti-herpétique*. Mais nous avons dit que l'herpétisme n'avait pas de sens nosologique précis, pas de caractères morbides définis. Il ne saurait donc y avoir de médication anti-herpétique. Cependant le médicament principal qu'on employait contre la prétendue diathèse herpétique présente encore et a présenté surtout jadis une telle importance en dermatologie qu'il mérite de nous arrêter un instant : nous avons nommé l'*arsenic*.

Il est certain que les préparations arsenicales répondent à de nombreuses indications, chez tous ceux que l'on pourrait appeler les *dermopathes* ou les *cutanés*, quelle que soit d'ailleurs la diathèse dont relève leur affection. Nous avons vu que l'on pouvait employer l'arsenic contre les syphilides et les scrofulides aussi bien que contre les prétendues herpétides; on le donne également avec succès dans quelques formes d'eczéma chronique et invétéré, même chez les malades qui offrent les antécédents arthritiques les plus nets. Mais il est une maladie pour laquelle on a voulu faire de l'arsenic un spécifique : c'est le psoriasis. Or rien n'est plus inexact. Personne ne peut se vanter d'avoir guéri radicalement un psoriasis par le traitement arsenical, pas plus qu'avec tout autre traitement. Il est même des cas où l'arsenic, loin d'être utile, constitue un danger et ne sert qu'à rendre la poussée

psoriasique suraiguë. Notre expérience nous permet de poser de la façon suivante la règle de l'administration thérapeutique de l'arsenic : le prescrire exclusivement dans les périodes chroniques, jamais dans les phases aiguës, car c'est alors qu'il aggrave la maladie au lieu de la guérir. *L'arsenic n'est pas un spécifique;* il agit simplement en modérant la sécrétion épidermique, grâce aux modifications générales qu'il apporte dans la nutrition.

Mais, dans tous les cas, quelle que soit la méthode thérapeutique que l'on emploie, quel que soit le genre d'affection cutanée que l'on soit appelé à soigner, il ne faut pas oublier que l'**hygiène** joue un grand rôle dans le traitement des maladies de la peau.

Il est de notion vulgaire que les individus prédisposés aux affections de la peau doivent s'abstenir de salaisons, de viande de porc, de liqueurs fortes, de boissons alcooliques ou excitantes, comme le thé ou le café, d'aliments épicés, etc. Il faut même bannir de leur alimentation certains fruits, comme les fraises, qui peuvent déterminer des poussées d'urticaire. D'autres doivent aussi complètement se priver de poisson et de coquillages. Il est bien évident d'ailleurs que chaque organisme présente des susceptibilités particulières, et l'œuvre du médecin est précisément de découvrir ces susceptibilités, d'étudier le tempérament de chacun et de savoir prévoir et prévenir l'influence de certains aliments sur le développement des dermatoses.

Voilà ce qu'on pourrait appeler l'*hygiène interne* des dermopathes ; l'*hygiène externe* présente une égale importance. Il faut soumettre les malades à la propreté la plus scrupuleuse. Les bains simples ou émollients doivent être prescrits avec profusion. Il faut leur recommander le repos de l'esprit : tout excès de travail est suivi d'une nouvelle poussée du côté de la peau. L'exercice musculaire leur est généralement utile, mais ils doivent éviter avec soin l'humidité ou la grande chaleur : on sait, en effet, que le rayonnement du calorique peut, à lui seul, produire des éruptions cutanées.

EAUX MINÉRALES

Les eaux minérales ont acquis une telle importance dans le traitement des maladies de la peau, que nous sommes obligés de leur consacrer un chapitre spécial.

On a singulièrement abusé des eaux de toutes sortes, froides ou chaudes, en dermatologie; et la coutume des cures hydrominérales s'est propagée jusque dans le public extra-médical [1]. Cependant il est des cas où les eaux, loin d'être bienfaisantes, sont au contraire très dangereuses ; il suffit, par exemple, d'envoyer un psoriasis aigu à La Bourboule pour le rendre suraigu. *D'une manière générale, les eaux minérales sont ordinairement contre-indiquées dans les formes aiguës des dermatoses; elles conviennent surtout aux formes chroniques.*

Il faut d'ailleurs reconnaître que leur influence salutaire dépend de causes multiples. Indépendamment de la minéralisation et de la température des eaux, le séjour dans une station thermale, par le changement d'habitudes, de régime, de climat, l'usage des bains, l'ingestion d'une certaine quantité d'eau en boissons, en un mot, par l'ensemble des nouvelles conditions hygiéniques dans lesquelles se trouve le malade, peut certainement contribuer, pour une large part, à la guérison d'une affection cutanée [2]. Sous ce rapport les eaux présentent une incontestable utilité.

Les eaux minérales sont prises en boisson ou employées comme bains. Quelques-unes même, comme les purgatives (vulgo dépuratives) et les ferrugineuses, sont exclusivement administrées à l'intérieur. La plupart ont un usage mixte.

Il n'est pas inutile de faire remarquer que toutes les eaux, prises en boisson, abstraction faite de leur *qualité*, agissent par leur *quantité*, en provoquant la diurèse et le flux intestinal, par leur température en favorisant la diaphorèse. De même, tous les bains, quelle que soit leur composition, excitent la nutrition et le fonctionnement de la peau. Voyons maintenant quelle est l'action des eaux minérales, suivant les principes qu'elles renferment, et quelles sont les indications des principales stations.

Les eaux employées habituellement en dermatologie sont les suivantes :

Eaux sulfureuses,

Eaux chlorurées et iodo-bromurées,

Eaux ferrugineuses,

1. Voy. Carry, *Des indications des bains dans les maladies de la peau*, thèse de Paris, 1877, p. 109.

2. Voy. Gailleton, *Traité élémentaire des maladies de la peau*. Paris, 1874, p. 114.

Eaux alcalines,
Eaux arsenicales,
Eaux purgatives.

Les **eaux sulfureuses** doivent leur action à l'acide sulfhydrique libre ou au principe sulfureux combiné avec une base; quelques-unes contiennent en outre d'autres éléments, principalement des chlorures. On peut les diviser, suivant leur composition, en :

Eaux sulfureuses sodiques,
Eaux sulfureuses calciques,
Eaux sulfureuses chlorurées sodiques [1].

1° Les *eaux sulfureuses sodiques* sont thermales et se décomposent par le refroidissement et l'action de l'air. Les principales stations de ces eaux sont :

Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales),
Barèges (Hautes-Pyrénées),
Cauterets (Hautes-Pyrénées),
Labassère (Hautes-Pyrénées),
Luchon (Haute-Garonne),
Saint-Honoré (Nièvre),
Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées).

2° Les *eaux sulfureuses calciques* sont ordinairement plus froides que les précédentes; nous citerons surtout :

Allevard (Isère),
Enghien (Seine-et-Oise),
Schinznach (Suisse).

3° Les *eaux sulfureuses chlorurées sodiques* possèdent une action complexe et méritent qu'on leur assigne une place à part, en raison de la proportion de chlorure de sodium (2 à 7 grammes) qu'elles renferment.

Les plus connues sont :
Saint-Gervais (Savoie),
Uriage (Isère).

Suivant la richesse de leur minéralisation, ces différentes eaux sont plus ou moins excitantes; c'est pourquoi elles ne doivent être employées qu'avec la plus extrême prudence.

1. Voy. Gailleton, *loc. cit.*, p. 119, et Durand-Fardel, *Traité pratique des eaux minérales*, 1862.

Elles sont surtout indiquées contre la *scrofule* et les *scrofulides;* mais il faut bien savoir que les sulfureux n'exercent sur la scrofule qu'une action indirecte, par les modifications heureuses qu'ils apportent dans la nutrition générale, et qu'ils ne possèdent aucune influence spécifique. Les eaux qui donnent les meilleurs résultats sont celles qui, comme Uriage par exemple, sont peu riches en soufre, mais contiennent une grande quantité de principes salins.

De même, *dans la syphilis*, les eaux sulfureuses agissent par l'excitation générale qu'elles provoquent. Elles présentent encore un autre avantage, celui de servir, en quelque sorte, de pierre de touche, en raison des éruptions cutanées qu'elles peuvent déterminer et qui permettent de juger si, oui ou non, une syphilis est définitivement guérie.

A part les eaux faibles, comme Saint-Gervais, dont l'action bienfaisante et appréciée de tous les dermatologistes, les eaux sulfureuses sont plutôt nuisibles qu'utiles dans les affections dites dartreuses ou herpétiques et dans les éruptions arthritiques goutteuses.

Les **eaux chlorurées** (*chlorure de sodium ou de calcium*) sont les eaux reconstituantes par excellence :

Bourbonne (Haute-Marne),

Luxeuil (Haute-Saône) (en même temps ferrugineuses et manganésiennes),

Kreuznach (Prusse),

Kissingen (Bavière),

Wiesbaden (Nassau),

Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme),

Salins (Jura),

Salis-de-Béarn (Basses-Pyrénées),

Les bains de mer.

Toutes ces eaux sont surtout employées dans les formes torpides de scrofule et dans la syphilis. Elles agissent d'ailleurs seulement sur la constitution, sur l'état diathésique, et n'exercent aucune influence particulière sur les localisations cutanées.

Il en est de même des **eaux bromo-iodurées**, comme Challes (Haute-Savoie) et Saxon. Les eaux de Challes sont en même temps, et surtout, sulfureuses ; elles s'administrent principalement à l'intérieur. Les eaux de Saxon sont aussi des eaux alcalines et bicarbonatées calciques.

Les **eaux ferrugineuses** sont, comme les précédentes, prescrites à titre de traitement tonique et reconstituant, dans la scrofule, surtout, et dans la syphilis. Elles se prennent exclusivement en boisson. Parmi les plus usitées, nous mentionnerons :

Forges (Seine-Inférieure),
Neyrac (Ardèche),
Cransac (Aveyron),
La Bauche (Savoie),
Orezza (Corse),
Saint-Christophe (Saône-et-Loire),
Saint-Alban (Loire),
Charbonnières (Rhône), légèrement sulfureuses,
Spa (Belgique),
Schwalbach (grand-duché de Nassau),

Et enfin les eaux de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), vantées par le Dr Tillot et qui sont à la fois ferrugineuses et cuivreuses[1]; celles-là sont aussi administrées en bains.

Les **eaux alcalines** sont, par excellence, celles qui conviennent aux constitutions arthritiques, aux dermatoses d'origine goutteuse. Elles sont employées en bains et en boisson. Les principales sont les suivantes :

Les eaux de Vichy (Allier),
Les eaux de Vals (Ardèche),
Les eaux d'Ems (Nassau),
Les eaux de Pougues (Nièvre),
Les eaux de Carlsbad (Bohême),
Les eaux de Plombières (Vosges), qui sont surtout sulfatées sodiques et ferrugineuses,
Les eaux de Bussang (Vosges) (en même temps ferrugineuses),
Les eaux du Mont-Dore (Puy-de-Dôme),
Les eaux de Néris (Allier),
Les eaux de Royat (Puy-de-Dôme) (en même temps ferrugineuses, chlorurées sodiques, lithinées et arsenicales.

Les eaux bicarbonatées fortes, comme Vichy et Vals, sont surtout utiles dans les dermatoses sèches, comme l'érythème, le lichen, le pityriasis, l'acné arthritique, etc.

1. Voy. Tillot, *Du traitement des affections cutanées par les eaux de Saint-Christau*, 1867.

Les eaux bicarbonatées faibles, comme Royat, ont des indications plus nombreuses et peuvent être appliquées avantageusement au traitement des dermatoses *humides* et subaiguës, comme l'eczéma.

Les **eaux arsenicales** sont employées dans un grand nombre d'affections de la peau (dans toutes les herpétides de Bazin). Elles conviennent en particulier au psoriasis chronique et à certaines formes d'eczéma.

Quelques-unes des sources précédemment citées, comme Bussang, Vichy, Plombières, Vals, sont en même temps faiblement arsenicales; mais les véritables eaux arsenicales sont en première ligne *La Bourboule* (Puy-de-Dôme), puis Cransac (Aveyron).

Les **eaux purgatives** entrent dans la thérapeutique commune de toutes les affections cutanées. Les eaux naturelles sont d'ailleurs moins usitées que les eaux artificielles; les principales sont :

Les eaux de Sedlitz (Bohême),
Les eaux de Pullna (Bohême),
Les eaux de Friedrichshall,
Les eaux de Birmenstorff,
Les eaux de Montmirail,
Les eaux d'Hunyadi-Janos, etc., etc.

CHAPITRE VIII

CLASSIFICATION

Le nombre des classifications dermatologiques publiées depuis *Mercuriali* (1572) jusqu'à notre époque est considérable ; il y en a plus de cent.

Cette abondance de classifications et la diversité des doctrines sous l'influence desquelles elles ont été conçues ne sont-elles pas une preuve de la difficulté qu'il y a toujours eu, autrefois comme à l'heure présente, d'en créer une vraiment satisfaisante. A l'exception de quelques-unes de celles qui ont été mises au jour dans les quarante dernières années qui viennent de s'écouler, il en est bien peu qui n'aient été formulées à un point de vue trop spécial ? Trop souvent, en effet, on a semblé méconnaître que les maladies de la peau n'ont d'autre processus morbide, d'autre altération anatomique, d'autre étiologie que les maladies des autres organes, et que la seule différence qui existe entre elles dépend uniquement de la différence de structure de chacune des parties constituantes de l'organisme.

Ce n'est pas seulement aux classifications dermatologiques que ces réflexions s'adressent. A-t-on fait jusqu'à ce jour une classification nosologique inattaquable? Cela n'est pas possible, dans une science qui est en évolution continuelle et dont les progrès, surtout à notre époque, sont assez rapides pour lui imprimer, en peu de temps, une complète transformation.

Une classification dermatologique, pour être vraiment exacte, doit avoir pour objectif de ranger dans un ordre méthodique et régulier les maladies d'après leur nature même, c'est-à-dire d'après leurs

analogies cliniques, anatomiques, physiologiques et étiologiques. Mais, quels que soient les progrès réalisés de notre temps dans l'étude des formes cliniques, de l'histologie et de l'étiologie, qui est restée l'un des points obscurs, sous beaucoup de rapports, de l'histoire des maladies de la peau, il est à craindre que la dermatologie ne soit encore bien éloignée d'une si importante solution.

A défaut d'une classification basée sur les quatre points fondamentaux ci-dessus indiqués, au moins faut-il que celle qu'on propose possède les deux qualités indispensables : la clarté et la simplicité. Dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible d'avoir d'autre ambition que de ranger les maladies de la peau dans des groupes analogiques servant à constituer une sorte de tableau synoptique qui en facilite l'étude; à ce seul titre, une classification est encore utile. Elle offre, en outre, cet avantage qu'elle fait rapidement connaître dans quel esprit et suivant quelle direction l'auteur a conduit ses travaux.

L'histoire si longue des classifications dermatologiques peut être résumée en quelques pages. Quelle que soit leur diversité, nous en donnerons un aperçu, en les réunissant en un certain nombre de groupes, à l'exception de quelques-unes qui s'éloignent à ce point des autres qu'on ne saurait où les classer.

Les maladies de la peau ont été classées tantôt d'après leur siège topographique, tantôt d'après leur siège anatomique. D'autres fois, les classifications ont été établies sur les affinités étiologiques; un certain nombre, selon la forme et la valeur séméiologique de la lésion, ou bien encore d'après la marche de la maladie (classification chronologique); plusieurs, dans les quarante dernières années surtout, d'après le processus morbide et l'anatomie pathologique. Il en est enfin un certain nombre qui participent à la fois des différentes variétés et que nous appellerons mixtes.

1° **Classifications topographiques.** — Galien avait donné des indications sommaires sur le siège spécial de quelques affections cutanées. *Mercuriali* est réellement le premier (1572) qui eut l'idée d'établir une classification sur le siège topographique de la lésion. Sa division comprend :

1° Les maladies de la peau qui affectent la tête;

2° Celles qui siègent sur le tronc ;

3° Celles qui se développent sur les membres.

La classification prétendue naturelle d'*Alibert* s'en rapproche à

certains égards, puisqu'elle contient cette même distinction des maladies du cuir chevelu, du tronc et des membres. Les premières ont reçu les dénominations de teignes et de pliques; les autres constituent la grande famille des dartres.

Il n'est pas besoin de discuter ces sortes de classifications. Si elles ont cet avantage de ne pas présumer la nature des altérations morbides, du moins sont-elles incapables de conduire au diagnostic des espèces et des variétés ; elles sont absolument nulles au point de vue thérapeutique.

2° **Classifications anatomiques.** — *Jackson*, le premier (1792), chercha à faire prévaloir cette classification, en étudiant dans des chapitres distincts :

1° Les altérations de sécrétion des follicules sébacés ;

2° Les maladies des cheveux ;

3° Les lésions des vaisseaux exhalants.

A notre époque, *Baron* (1838) proposa une classification identique, mais autrement complète et surtout plus anatomique. Il fut suivi dans cette voie par *Gustave Simon*, de Berlin, qui en 1852, dans un livre consacré surtout à l'histologie pathologique des lésions de la peau, établit la première partie de sa classification sur le siège anatomique, et décrit, dans des chapitres spéciaux, les maladies de l'épiderme, les maladies des follicules sébacés, des glandes sudoripares, etc. Il est vrai qu'il se trouve, en terminant, dans la nécessité de faire un emprunt aux classifications étiologiques, en instituant sa classe des maladies parasitaires.

3° **Classifications morphologiques.** — Elles ont pour base la forme extérieure des lésions cutanées. La première a été conçue par *Riolan* jeune (1610). Elle est d'une grande simplicité. Cet auteur n'admet que trois classes :

1° Les pustules ;

2° Les difformités ;

3° Les tubercules.

Il comprend dans sa première classe, sous le nom de *pustules*, les vésicules, les pustules, les bulles, etc. Cette confusion lui survécut. Elle régna bien longtemps dans la dermatologie, comme dans la syphilographie, puisqu'on la retrouve dans le traité de *Swediaur*, où les lésions cutanées de la syphilis sont décrites sous cette unique dénomination. Quoi qu'il en soit, Riolan jeune doit être considéré comme

l'auteur de la plus ancienne classification morphologique. C'est donc bien à tort que les dermatologues, qui ont contesté à Willan le mérite d'avoir produit la première classification, en ont attribué l'honneur à *Plenck* dont l'ouvrage fut imprimé en 1776, plus d'un demi-siècle après Riolan jeune.

La classification de Plenck n'est pas seulement morphologique; elle participe également de celles qui sont établies sur le siège anatomique ou sur les indications étiologiques. Ce médecin admet quatorze classes :

1° Macules ;
2° Pustules;
3° Vésicules ;
4° Bulles ;
5° Papules ;
6° Croûtes ;
7° Squames ;
8° Callosités ;
9° Excroissances ;
10° Ulcères ;
11° Plaies ;
12° Parasites ;
13° Maladies des ongles ;
14° Maladies des poils.

Ainsi il consacre sa onzième classe aux maladies chirurgicales, sa douzième aux parasites, c'est-à-dire aux maladies qui reconnaissent pour cause la présence d'un parasite et qui auraient pu, dans une classification de cette espèce, trouver place dans ses deuxième, troisième et cinquième classes, où il ne s'occupe que de la forme extérieure des lésions. Enfin ses deux dernières classes sont entièrement anatomiques.

Willan, vingt-deux ans après (1798), adoptant le même système de classification, rectifia les divisions de Plenck et apporta une méthode plus rigoureuse dans ses divisions, qu'il établit sur la forme des lésions élémentaires à leur période d'état. Il admet seulement huit ordres :

1° *Papules* (prurigo, strofulus, lichen) ;

2° *Squames* (pityriasis, psoriasis, lèpre vulgaire, ichthyose) ;

3° *Exanthèmes* (rougeole, scarlatine, urticaire, roséole, purpura, érythème) ;

4° *Bulles* (érysipèle, pemphigus, pempholix) ;

5° *Pustules* (impétigo, ecthyma, prurigo, variole, scabies) :

6° *Vésicules* (varicelle, vaccine, herpès, rupia, miliaire, eczéma, aphthes ;

7° *Tubercules* (phyma, verrues, molluscum, vitiligo, acné, sycosis, lupus, éléphantiasis des Arabes, frambœsia);

8° *Macules* (éphélides, nævi, etc.).

Cette classification, dont le succès a été si grand dans la première partie de notre siècle, n'est acceptable qu'au seul point de vue séméiologique. Willan, comme quelques-uns de ses sectateurs, n'avait en vue que de débrouiller le chaos dermatologique de son époque. Il lui fallait, de toute nécessité, établir des divisions bien tranchées, qui fussent de nature à conduire au diagnostic ; il ne pouvait atteindre un autre but. Au point de vue pathologique, cette classification est absolument erronée et loin de répandre quelque lumière sur la nature des altérations cutanées, elle confond dans les mêmes classes les affections les plus dissemblables. C'est ainsi qu'il réunit dans le troisième ordre (exanthème) la rougeole et le purpura, la scarlatine et l'urticaire ; dans le sixième (vésicules), la varicelle et le rupia, qui, entre parenthèse, appartiendrait plutôt à l'ordre des bulles, l'eczéma et la vaccine. Il n'est pas une seule de ses divisions qui ne présente les mêmes contrastes et ne contienne les mêmes erreurs.

Malgré toutes ses défectuosités, la classification de Willan fut bientôt admise en Angleterre, en Allemagne, où elle fut pourtant vivement discutée et combattue, et en France surtout, où Biet, l'acceptant sans réserve, la préconisa chaleureusement et la fit accepter par ses élèves, comme par la plupart des médecins de son temps, bien que les doctrines d'Alibert fussent alors en grand honneur.

En Angleterre, un certain nombre de dermatologues, parmi lesquels nous citerons Neligan, l'acceptèrent en la modifiant.

4° **Classifications anatomo-physiologiques.** — Les classifications dans lesquelles les maladies sont groupées d'après leurs analogies, au point de vue de la nature de la lésion et du processus morbide, appartiennent à cette catégorie ; elles sont nombreuses et diverses. Nous y trouvons celles de *Rayer*, la dernière de *Casenave* (1860) ; celles d'*Hébra*, de *Bœrensprung*, de *Neumann*, de *Kaposi*, de *Durhing*, etc., etc. Nous nous bornerons à en citer quelques-unes, qui, malgré certaines parties faibles, restent bien supérieures aux précédentes, à l'exception toutefois de celles de *Struve* (1829) et de *Fuchs*, de Gœttingue (1840), qui méritent à peine d'être mentionnées.

La classification de *Rayer*, tout anatomo-physiologique qu'elle soit, en principe, emprunte pourtant une partie de ses divisions aux classifications anatomiques. Ce savant médecin divise les dermatoses en quatre grandes sections. La première section est divisée en six chapitres.

Le chapitre 1er comprend les inflammations de la peau, distribuées d'après le nombre de leurs lésions élémentaires; il est formé de deux sections :

1re section, inflammations à une seule forme élémentaire, comprenant les exanthémateuses, les vésiculeuses, les bulleuses, pustuleuses, vésiculeuses, gangréneuses, papuleuses, squameuses.

2e section, inflammations à plusieurs formes élémentaires, où il place les brûlures, les tubercules, les engelures et les syphilides.

Le chapitre 2 est réservé à l'étude des sécrétions morbides ;

Le chapitre 3, aux congestions et hémorrhagies cutanées et sous-cutanées ;

Le 4e, aux anémies ;

Le 5e, aux névroses ;

Le 6e, aux vices de conformations congénitales ou acquises ; il est divisé en deux sections : 1re section, vices de conformation de toute la peau (derme et réseau vasculaire) ; 2e section, vices de conformation d'un des éléments de la peau :

1° Du pigment ;

2° De l'épiderme, de la couche cornée et du corps papillaire.

La 2e section, Altérations des dépendances de la peau, contient deux chapitres : 1° altérations des ongles et de la peau qui les fournit ; 2° altérations des poils et des follicules qui les produisent.

Dans la 3e section, il décrit les corps étrangers observés à la surface de la peau, dans l'épaisseur ou au-dessous de cette membrane. Ces corps étrangers sont :

1° Animés ;

2° Inanimés.

Dans cette seconde classe se trouvent les *crasses du cuir chevelu des nouveau-nés*, les matières inorganiques, les colorations artificielles.

Enfin, dans la 4e section, destinée à une maladie primitivement étrangère à la peau, mais qui lui imprime quelquefois des altérations particulières, se trouve l'*éléphantiasis des Arabes*. La lèpre est décrite

dans les inflammations tuberculeuses, comprises dans la 2e section du chapitre 1er de la 1re section.

Les vices de cette classification, qui pourtant constituaient un progrès réel, sont trop évidents pour que nous y insistions.

Voici maintenant la seconde classification de *Cazenave* (1860). La première classification de cet auteur était morphologique. La seconde *classification* est évidemment plus médicale, malgré les erreurs quelle contient. Il divise les maladies de la peau en huit groupes.

1er *groupe*. — Inflammations distribuées en quatre genres : 1er genre, éruptions non spécifiques pouvant exister à l'état aigu ou chronique (érythème, érysipèle, urticaire, strofulus, herpès, eczéma, pemphigus, impétigo, ecthyma, sycosis) ; 2e genre, éruptions non spécifiques, existant toujours à l'état chronique (rupia, psoriasis, pityriasis, pellagre) ; 3e genre, éruptions spécifiques, aiguës (roséole, rougeole, scarlatine, variole, vaccine, varicelle, miliaire) ; 4e genre, éruptions spécifiques, chroniques (syphilides).

2e *groupe*. — Lésions de sécrétion : 1er genre, lésions de la sécrétion folliculaire (acné, porrigo favosa) ; 2e genre, lésions de la sécrétion de la matière épidermique (icthyose, productions cornées) ; 3e genre, lésions de la sécrétion de la matière colorante (*décolorations* : albinisme, vitiligo ; *colorations* : teinte bronzée, éphélides, nævi pigmentaires).

3e *groupe*. — Hypertrophies (éléphantiasis des Arabes, molluscum, framboesia, verrues, nævi vasculaires).

4e *groupe*. — Dégénérescences (éléphantiasis des Grecs [lèpre], bouton d'Alep, kéloïde, lupus, cancer).

5e *groupe*. — Maladies hémorrhagiques (maladies de la peau proprement dites, purpura, mélanose).

6e *groupe*. — Lésions de la sensibilité de la peau, hyperesthésie générale ou locale (lichen, prurigo), anesthésie.

7e *groupe*. — Corps étrangers (acarus [gale], pédiculus, etc.).

8e *groupe*. — Maladies annexes des poils (alopécie, canitie, plique), des ongles (onyxis).

La classification d'*Hébra* est beaucoup plus anatomo-physiologique et clinique que les précédentes. Les classes sont nettement tranchées. Cependant on remarquera qu'il y commet deux infractions, en ce sens qu'il est obligé d'établir une classe spéciale tout anatomique relative aux altérations de sécrétion des glandes de la peau et une classe étio-

exemple le mycocis fongoïde (éruption fongoïde de Bontius), qui ne sont pas du domaine de la vérole. Elle est au fond tout à fait artificielle.

7° Parmi les **classifications étiologiques**, nous placerons toutes celles qui ont pour point de départ la considération des causes probables, présumées ou réelles. Cette catégorie de classifications est une des plus importantes, autant par le nombre que par la haute autorité des dermatologues qui y ont attaché leur nom.

Lorry, au siècle dernier, est le premier qui ait eu la pensée, essentiellement médicale d'ailleurs, de classer, au point de vue des doctrines humorales régnantes, les dermatoses, d'après ces principes. Il établit deux grandes classes : 1° maladies qui naissent à la peau et dépendent d'un vice du tégument ; 2° maladies engendrées par un vice interne et présentant un caractère critique et dépuratoire. Il trouva plus tard des imitateurs dans *Dendy*, *Schölein*, *Fuchs*, *Isencée*, voire même *J. Franck*, dont nous avons déjà cité la classification chronologique et subsidiairement étiologique.

La classification de *Baumès* (1842), qui fut si vigoureusement critiquée dès son apparition, rentre également dans cette catégorie ; elle a, dit l'auteur, pour base la nature présumée des maladies et leurs causes : ce qui le conduit à faire une première division, calquée sur la classification morphologique de Willan, puis une seconde, dans laquelle il admet huit espèces de dermatoses résultant : 1° de fluxion par cause externe ; 2° de fluxion réfléchie ; 3° de fluxion excentrique ; 4° de fluxion centripète ; 5° de fluxion centrifuge ; 6° de fluxion idiopathique ; 7° de fluxion diathésique ; 8° de fluxion complexe. C'est avec juste raison que cette classification confuse a été considérée par Hebra comme une *curiosité* dermatologique. Elle n'a pas vécu.

Les deux classifications de *Hardy* appartiennent à ce groupe des étiologiques. Notre éminent collègue tient à étudier les affections de la peau d'après la nature et les causes ; il est conduit, après avoir établi des genres sur les données morphologiques, à en faire d'autres ayant la cause pour objectif. Il admet onze classes (1re classification) : 1° macules et difformités (on y trouve réunis les éphélides, le vitiligo, le lentigo, les verrues et le molluscum) ; 2° maladies accidentelles (érythème, zona, urticaire) ; 3° éruptions artificielles (copahique, arsenicale, tartre stibié, croton tiglium, etc., etc.) ; 4° maladies parasitaires (gale, sycosis, herpès circiné, favus) ; 5° fièvres éruptives (scarlatine, rougeole, variole) ; 6° éruptions symptomatiques

(herpès labialis, taches rosées lenticulaires); 7° dartres (eczéma, psoriasis, lichen, pityriasis); 8° scrofulides; 9° syphilides; 10° cancer et cancroïde; 11° maladies exotiques.

La seconde classification de M. Hardy, qui a paru dans le *Dictionnaire de médecine pratique*, article Peau (1878), bien qu'établie sur les mêmes principes, en diffère sur quelques points; il admet toujours onze classes. A la place des maladies accidentelles, il inscrit les maladies inflammatoires, et consacre la 5e classe aux maladies gangréneuses, la 6e aux congestions cutanées, la 7e aux hémorrhagies de la peau, la 8e aux hypérémies, la 9e aux névroses, la 10e aux affections fébriles, la 11e aux éruptions constitutionnelles, où se trouvent successivement placées les éruptions dartreuses, les scrofulides, les syphilides, les éruptions pellagreuses, les léproïdes et les affections cancéreuses. La classe des maladies exotiques est heureusement supprimée.

Bazin, dont l'enseignement et les doctrines dermatologiques ont eu un si grand retentissement dans les vingt-cinq années qui viennent de s'écouler, admet quatre grandes divisions en pathologie générale : 1° les causes; 2° les maladies; 3° les lésions; 4° les symptômes.

Les deux premières divisions ne sauraient appartenir à la dermatologie, où ce savant ne trouve que des lésions et des symptômes qui se confondent. Il n'y a donc pas de maladies de la peau, mais seulement des affections qui sont le résultat ou de causes extérieures, ou de causes générales inhérentes à l'organisme. Celles-ci sont constitutionnelles ou diathésiques; elles sont les véritables maladies. Les altérations cutanées ne sont que les affections qui en proviennent. De là, la nécessité d'une classification essentiellement étiologique, composée de deux grandes classes : 1° des affections en voie d'évolution; 2° des affections stationnaires. La première classe comprend deux ordres : 1° affections de cause externe; 2° affections de cause interne.

La première section se divise en deux ordres : 1° affections déterminées par une cause mécanique ou physique; 2° affections provoquées : *a.* directes, *b.* pathogénétiques. — Le deuxième ordre (de cause interne) est formé de sept sections : 1° affections pestilentielles; 2° affections fébriles; 3° affections exanthématiques, 4° affections pseudo-exanthématiques; 5° affections hémorrhagiques; 6° affections symptomatiques de maladies constitutionnelles (herpétides, arthritides, scrofulides, syphilides, léproïdes); 7° affections symptomatiques des diathèses (à produit inflammatoire, homœomorphe, hétéromorphe).

La deuxième classe (affections de la peau stationnaires) est formée de deux ordres : 1° difformités de cause externe (provoquées); 2° difformités de cause interne (spontanées : maculeuses, boutonneuses, hypertrophiques, atrophiques, ulcéreuses, cicatricielles).

Ce n'est pas tout. La notion de la *maladie* étant obtenue, il ne s'agit plus que d'établir le diagnostic entre les affections de cause externe et celles de cause interne, et, si l'on a affaire à une affection de cause interne, réunir les symptômes propres aux affections constitutionnelles (herpétides, arthritides, etc., etc.), afin de les distinguer des affections diathésiques (cancer, etc.) ou des affections pestilentielles, etc., etc., dans le but final de pouvoir formuler une thérapeutique qui soit spécialement applicable à chacun de ces grands groupes morbides. Mais, si grande que soit cette conception et quelle que soit son importance pratique, il importe cependant d'établir, au préalable, les caractères propres aux lésions des différentes affections *génériques* et aussi du processus morbide qui les distingue. De là est venue, pour Bazin, la nécessité de compléter l'exposé de ses vues doctrinales par trois autres classifications.

1° *Classification morphologique* (au point de vue de la séméiologie), comprenant : 1° taches (sanguines, pigmentaires); 2° boutons (séreux, purulents, hypertrophiques, hétéromorphes et parasitaires); 3° exfoliations (inflammatoires, gangréneuses, parasitaires, etc., etc.); 4° ulcères; 5° cicatrices.

2° *Classification d'après la nature du processus morbide, anatomique et anatomo-pathologique.*

1° Lésions du derme : *a.* solutions de continuité, corps étrangers; *b.* congestions, inflammations, hémorrhagies, altérations de nutrition, vices de conformation.

2° Lésions du pigment (achromie, hyperchromie, dyschromie).

3° Lésions de l'épiderme (ichthyose, appendices cornés, tylosis).

4° Lésions des poils et de leurs phanères (canitie, lichen pilaris, teignes).

5° Lésions des glandes sébacées, pileuses, sudoripares.

3° *Classification générique.* — 1er ORDRE, *taches* : *a.* érythémateuses (érysipèle pétéchies, purpura); *b.* éphélides (nigritie, mélasma, pelade, vitiligo). 2e ORDRE, *boutons* : *a.* vésicules (miliaire rouge, eczéma, sudamina, varicelle, herpès, hydroa); *b.* bulles (pemphigus, rupia); *c.* pustules (ecthyma, miliaire blanche, acné pustuleuse, mentagre pustu-

leuse, furoncle, abcès dermiques; *d.* papules prurigo, lichen); *e.* tubercules (lupus, tubercules inflammatoires, hypertrophies acnéiques, comprenant les acnés varioliforme, pilaris, végétante, cornée); *f.* affections propres (plaques muqueuses, végétations, kéloïdes, carcinomes, tubercules de la lèpre, pian, bouton d'Alep); *g.* affections parasitaires (éminences acariennes, godet favique). 3e ORDRE, *exfoliations* : *a.* parasitaires (produites par les croûtes faviques, les gaines trichophytiques); *b.* excrémentitielles (formées par les déjections des glandes sébacées [acne sebacea] et les détritus épidermiques; *c.* inflammatoires (séro-albumineuses, crustacées, pseudo-membraneuses); *d.* gangréneuses. 4e ORDRE, *ulcères* (ulcères, ulcérations, excoriations, fissures). 5e ORDRE, *cicatrices* : *a.* temporaires; *b.* permanentes.

Nous nous abstiendrons, par respect pour le savant maître, de toute espèce de critique. Cela d'ailleurs pourrait nous entraîner un peu loin; le lecteur jugera. Qu'il nous soit cependant permis de dire que, en admettant que cette quadruple classification (qui procède à la fois des classifications de Lorry, de Willan, de Baron, etc.) soit ingénieuse, assurément on ne peut lui accorder qu'elle se distingue par la simplicité ou même par la justesse des groupements. Dans certaines parties, Bazin a été contraint d'abandonner la méthode scientifique, et, ne sachant où classer certaines *affections*, il lui a fallu créer de toute pièce une diathèse, la diathèse fongoïde, que rien ne justifiait, pour pouvoir trouver une place au mycosis, dont il ne connaissait pas les formes cliniques variées, ni les causes, et moins encore l'anatomie pathologique : cette classification est en définitive non moins artificielle que les autres.

Classifications mixtes. — Dans ce groupe de classifications, nous placerons celles d'*Erasmus Wilson* (1860) et de *Tilbury Fox* (1873, 3e édition), que les auteurs ont appelées des classifications cliniques, ainsi que celle de *Gailleton*, de Lyon. La classification d'Erasmus Wilson comprend huit grandes divisions et dix-neuf classes : A. 1° eckzematous affections; 2° erythematous; 3° phlyctenous; 4° dothienic; B. 5° neurotic; C. 6° nutritive; 7° leprous; 8° strumous; 9° carcinomatous; D. 10° exanthematous; 11° syphilitic; 12° elephantous; E. 13° chromatopathic; 14° epidermic; 15° onychopathic; F. 16° trichopathic; G. 17° steatopathic; 18° idrotopathic; H. 19° traumatic.

Elle est à la fois anatomique, anatomo-pathologique et étiologique :

il en est de même de celle de Tilbury Fox, qui pourtant se distingue par quelques divisions plus en rapport avec les connaissances histologiques modernes.

La voici : 1° éruptions des maladies aiguës spécifiques (zymotiques); 2° inflammations locales, comprenant : *a*. inflammations érythémateuses (érythème, intertrigo, roséole, urticaire, pellagre et certains rasch) ; *b*. inflammations catarrhales, ou eczéma ; *c*. inflammations plastiques ou papuleuses (lichen et prurigo); *d*. inflammations bulleuses (herpès, pemphigus et hydroa ; *e*. inflammations suppuratives ou pustuleuses (ecthyma, impetigo contagiosa, furoncles, boutons de Delhi, d'Alep et de Biskra) ; *f*. inflammations squameuses (pityriasis rubra et psoriasis); 3° désordres diathésiques, comprenant la scrofule, la syphilis et la lèpre ; 4° hypertrophies et atrophies, où se trouvent décrits le pityriasis, les cornes, l'ichthyose, les kéloïdes, les fibromes, la sclérodermie, etc., et les atrophies sénile ou morbides de l'épiderme et du derme ; 5° néoformations (cancer, lupus et l'ulcère rongeant) ; 6° hémorrhagies (purpura) ; 7° névroses (hyperesthésie, anesthésie, prurit) ; 8° altérations pigmentaires ; 9° maladies parasitaires (animales et végétales) ; 10° maladies des glandes et des annexes de la peau (glandes sudoripares, sébacées, follicules pileux et poils, ongles).

Les erreurs que contient cette classification sont trop saillantes pour que nous nous arrêtions à la discuter ; elle est non moins artificielle que la précédente.

La classification de Gailleton appartient également aux classifications étiologiques, anatomiques, etc. Cet auteur admet deux grandes divisions principales : 1° affections cutanées dans leurs rapports avec les maladies qui leur donnent naissance (ceci est emprunté à Bazin); 2° histoire de chaque genre morbide en particulier. Cette seconde division est à la fois anatomique et anatomo-pathologique.

1° Maladies du derme : 1° *inflammations* : *a*. superficielles (congestives) avec processus exsudatif purulent, avec processus formatif ; *b*. profondes : ulcéreuses, gangréneuses ; 2° hémorrhagies ; 3° névroses ; 4° néoplasies ;

2° Maladies de l'épiderme ;

3° Maladies des glandes (sébacées, pileuses, sudoripares) ;

4° Des poils et des ongles ;

5° Parasites de la peau.

Nous ne saurions passer sous silence, pour terminer cette énumération, la classification de *Devergie*, qui ne trouve sa place dans aucun des groupes qui nous ont servi à condenser en quelques pages la notion générale des classifications dermatologiques. Ce savant médecin, après avoir passé en revue et critiqué toutes celles de ses devanciers, reste convaincu qu'aucune n'est réellement bonne. Sa tâche a été, dit-il, jusque-là facile; mais que mettra-t-il à sa place? Il avoue son impuissance. Cependant il lui fallait trouver un ordre d'exposition des maladies de la peau qui eût quelque apparence de logique, et il s'est arrêté à l'idée de former des groupes morbides d'après les analogies de *causes* et de *thérapeutique*, d'après la *forme morbide*, ou bien encore selon l'analogie du *produit* ou de *l'accident morbide*, voire même aussi selon le *siège* et l'*origine climatérique;* il s'agit donc ici d'une classification *analogique*, qui ne se rapproche d'aucune de celles connues et qui pourtant participe de chacune d'elles ou à peu près. Il parvient ainsi à former 14 groupes. 1er groupe : érythème, urticaire, roséole; 2e groupe : eczéma, herpès; 3e groupe : pemphigus, ecthyma cachecticum, rupia, purpura, scorbut; 4e groupe : impétigo, ecthyma, sycosis, acné, couperose; 5e groupe : lichen, prurigo, strofulus; 6e groupe : pityriasis, psoriasis, lèpre vulgaire, ichthyose; 7e groupe : teigne, herpès tonsurant, porrigo decalvans, sycosis (?), herpès circiné (?), pityriasis versicolor, plique; 8e groupe : gale, maladies pédiculaires, acné punctata; 9e groupe : lupus, scrofulo-syphilides; 10e groupe : syphilides; 11e groupe : pellagre, lèpre grecque, bouton d'Alep, pian, kéloïde, molluscum (?), plique; 12e groupe : productions anormales et accidentelles de la peau; 13e groupe : maladies des ongles; 14e groupe : maladies qui affectent les cheveux, particulièrement chez les enfants à la mamelle; maladies de quelques régions du corps. Certes, dit Devergie après avoir exposé ces différents groupes, ce n'est pas là de l'homogénéité! Nous n'y contredisons pas.

Pour compléter ce court historique, nous sommes obligés de reproduire *in extenso* la plus récente classification dermatologique qui ait été publiée à l'étranger, celle d'Auspitz. Quel que soit le jugement qu'on porte sur cette singulière et compendieuse conception, la classification d'Auspitz est importante à connaître, car elle représente en quelque sorte la synthèse des théories actuellement en faveur en Allemagne sur les maladies de la peau.

CLASSIFICATION DES MALADIES DE LA PEAU

D'APRÈS AUSPITZ [1]

PREMIÈRE CLASSE.

Processus inflammatoires simples de la peau (dermatitides simplices).

A. — INFLAMMATIONS SUPERFICIELLES (DERMATITIDES CATARRHALES).

Ire famille. — Catarrhes superficiels de la peau.

1° Avec hyperhémie simple.
Erythème :
a. Simple.
b. Papuleux.
2° Avec exsudation d'un liquide séro-purulent.
Eczéma :
a. Typique.
b. Paratypique.
Variétés :
Rubrum,
Papuleux,
Vésiculeux,
Rhagadiforme,
Pustuleux,
Squameux.

IIe famille. — Stigmatoses. Catarrhes érosifs de la peau.

1° Produites par des parasites animaux.
Stigmatoses parasitaires.
a. Insectes :
Poux : de la tête, du pubis et des habits.
Punaises.
Puces.
Moucherons (culex, moskito).
Chenilles (bombyx, processionnaire).
b. Acares.
Leptus autumnalis.
Ixodes ricinus.
Acarus folliculorum.
Acarus scabiei (sarcoptes hominis).
Acarus hordei (Krithoptes).
2° Stigmatoses produites par un traumatisme quelconque : exemple, appareil de Baunscheidt.

1. Auspitz, *System der Hautkrankheiten*. Vienne 1881.

IIIe famille. — Catarrhes des follicules (périfolliculoses).

1° Des embouchures des follicules.
Miliaria alba et rubra.
2° Des canaux d'excrétion du follicule et du follicule lui-même.
a. Sans maladie similaire des gaines du poil.
Acné.
b. Avec maladie similaire des gaines du poil.
Sycosis.

IVe famille. — Catarrhes de la peau avec sécrétion d'un liquide et stase du liquide.

1° Se terminant par un renouvellement de l'épiderme.
Ecthyma.
2° Se terminant avec une cicatrice.
Ulcérations cutanées.

B. — INFLAMMATIONS PROFONDES DE LA PEAU (DERMATITIDES PHLEGMONOSÆ, PHLEGMONS DE LA PEAU).

Ire famille. — Phlegmons diffus de la peau.

1° Par brûlure.
Combustion.
2° Par l'action du froid.
Congélation.
3° Sans cause externe.
Pseudo-érysipèle (phlegmon diffus idiopathique).

IIe famille. — Phlegmons circonscrits de la peau.

Furoncle : variétés parasitaires par pulex penetrans,
Par œstres et par filaire de Médine.
Anthrax.
Bouton d'Alep et de Biskra.

IIIe famille. — Phlegmons de la peau par stase des liquides.

Phlébite et lymphangite de la peau.
Erysipèle.

DEUXIÈME CLASSE.

Dermatoses angionévrotiques.

Dermatoses caractérisées par une altération marquée du tonus vasculaire et accompagnées d'une éruption plus ou moins saillante sur l'épiderme.

Ire famille. — Angionévroses infectieuses de la peau (exanthèmes aigus, fièvres éruptives).

1° Avec caractère nettement catarrhal.
Exanthèmes érythémateux :

Roséole du typhus.
Roséole du choléra.
Scarlatine.
Exanthèmes papuleux :
Rougeole.
Eruptions morbilleuses.
Exanthèmes vésiculo-papuleux :
Varicelle des enfants.
Vaccine.
Miliaria crystallina.
2° Avec caractère phlegmoneux (diphthéritique).
Variole.
Maliasmus.
Pustule maligne.

IIe famille. — Angionévroses toxiques de la peau (exanthèmes médicamenteux).

1° Avec éruption inflammatoire prédominante.
Erythanthema toxicum.
Variétés :
Formes maculo-papuleuses : ecthyma toxicum, pellagre, acrodynie.
Formes vésiculeuses et bulleuses : herpès, pemphigus, eczéma toxique.
Formes pustuleuses : furoncles et ecthyma toxiques.
Formes toxiques : purpura toxica.
2° Avec contracture prédominante des vaisseaux :
Urticaire toxique.
3° Avec obturation des vaisseaux, et terminaison par nécrose :
Ergotisme.

IIIe famille. — Angionévroses essentielles (idiopathiques, diathésiques).

1° Avec éruption inflammatoire prédominante :
Erythanthema essentiale.
Variétés :
Formes maculo-papuleuses.
a. Superficielles : érythème multiforme, papuleux, circiné, iris, annulaire.
b. Profondes : érythème noueux.
Formes vésiculeuses, bulleuses, pustuleuses.
Herpès circinatus, iris, annulatus.
Herpès phlyctænoïdes.
Herpès impetiginosus (impetigo herpetiformis).
Efflorescences eczémateuses et pemphigoïdes développées dans un terrain angionévrotique (hystériques, etc.).
Formes hémorrhagiques : purpura (peliosis) rheumatica.
2° Avec contracture prédominante des vaisssaux de la peau :
Cnidosis.
3° Avec dilatation des vaisseaux et néoformations vasculaires :
Erythema angiectaticum (acne rosacea).

TROISIÈME CLASSE.

Dermatoses névrotiques.

Dermatoses produites par une lésion des nerfs de sensibilité (et aussi des nerfs trophiques?).

Ire famille. — Dermatoses névrotiques à marche cyclique.

Herpès neuriticus (zona, herpès zoster).
Herpès febrilis (Hydro febrilis ?).

IIe famille. — Dermatoses neuritiques à marche cyclique.

1° Avec prédominance de l'éruption inflammatoire (processus inflammatoires neuritiques de la peau).
Erythantema neuriticum.
Variétés :
Formes maculo-papuleuses : erythema neuriticum.
Formes vésiculeuses et bulleuses : Herpes, pemphigus et eczema neuriticum.
Formes pustuleuses : furoncles et ecthyma neuritiques.
Formes hémorrhagiques : purpura neuritica.
2° Avec prédominance de la contracture des vaisseaux (œdèmes neuritiques de la peau).
Urticaria neuritica.
3° Avec prédominance de l'atrophie de la peau (atrophies nerveuses de la peau).
Liodermia neuritica (glossy skin).
Onychogryphosis neuritica.
Alopecia neuritica.
Leucodermia neuritica.
4° Avec nécrose cutanée véritable (nécroses neuritiques de la peau).
Phlegmone neuritica (chronica).
Decubitus neuritica (acutus).

QUATRIÈME CLASSE.

Dermatoses par stase circulatoire.

Dermatoses ayant pour caractères une altération passive de la circulation et un obstacle à l'absorption par les voies veineuses et lymphatiques.

A. — LA STASE EST INCOMPLÈTE.

Ire famille. — Hyperhémies par stase et anémie par stase.

Cyanosis.
Ischæmia cutis localis.
Hæmorrhagia cutis.
Hæmoglobinorrhea cutis.

IIe famille. — Transsudations par stase.

1° Le liquide transsudé reste liquide.
Œdema cutis.
2° Le liquide transsudé produit l'hypertrophie et l'induration du tissu conjonctif de la peau.
Eléphantiasis Arabum.
3° Le liquide transsudé amène l'atrophie de la peau.
Sclerema cutis :
a. Neonatorum.
b. Adultorum (sclérodermie).

B. — LA STASE EST COMPLÈTE.

Famille unique. — Nécroses par stase.

Decubitus traumaticus.
Gangræna idiopathica.
Asphyxia localis cum gangræna symmetrica.
Malum perforans pectum.
Ainhum.

CINQUIÈME CLASSE.

Dermatoses hémorrhagiques.

Dermatoses produites par la sortie des globules rouges hors des vaisseaux sans éruption inflammatoire et sans stase circulatoire locale.

Ire famille. — Hémorrhagies traumatiques.

Ecchymoses, pétéchies, vibices.

IIe famille. — Hémorrhagies essentielles, sans cause ultérieure.

1° Sans lésion générale grave de l'organisme :
Purpura :
a. Simplex.
b. Papulosa.
2° Avec lésions générales prédominantes :
Morbus maculosus (purpura hæmorrhagica).
Scorbutus.

SIXIÈME CLASSE.

Idio-névroses de la peau.

Anomalies des fonctions nerveuses de la peau sans troubles trophiques.

A. — ALTÉRATIONS DE LA SENSIBILITÉ CUTANÉE.

Ire famille. — Névroses du tact (Aesthesionoses).

Hyperæsthesia cutis.
Anæsthesia.
Paræsthesia.

IIe famille. — Névroses de la sensibilité générale.

1° Avec douleur.
Neuralgiæ cutis.
2° Avec démangeaison :
a. Névrose simple de la sensibilité.
Pruritus cutaneus.
b. Névrose de la sensibilité accompagnée de névrose de la motilité, contracture des muscles arrectores pilorum.
Prurigo.

B. — ALTÉRATIONS DES FONCTIONS DES NERFS MOTEURS DE LA PEAU.

Famille unique. — Dermatospasme.

Cutis anserina.

SEPTIÈME CLASSE.

Épidermidoses.

Anomalies de croissance de l'épiderme et de ses annexes.

A. — ANOMALIES DE LA COUCHE CORNÉE ET DES SÉCRÉTIONS ÉPIDERMIQUES.

1re SÉRIE. — KÉRATOSES PROPREMENT DITES.

Ire famille. — Hyperkératoses.

1° Diffuses :
Ichthyosis diffusa.
a. Simplex.
b. Histrix.
2° Autour des follicules :
Lichen pilaris.
Ichthyosis follicularis.
3° En foyers, mais sans altération des follicules.
Cornu cutaneum.
Tyloma.
Clavus.

IIe famille. — Parakératoses.

1° Diffuses.
Psoriasis.
2° Folliculaires.
Lichen ruber et planus.

IIIe famille. — Kératolyses.

Pityriasis.
a. (Alba) simplex.
b. (Rubra) essentialis.
Dermatitis exfoliativa infantum.

2e SÉRIE. — TRICHOSES.

Ire famille. — Hypertrichoses.

Hypertrichosis congenita.

IIe famille. — Paratrichoses.

Trichorrhexis nodosa.
Trichoptilosis.

IIIe famille. — Atrichoses.

1° Diffuses.
Alopecia diffusa.
a. Simplex.
b. Pityrodes.
2° En foyers.
Alopecia areata.

3e SÉRIE. — ONYCHOSES.

Ire famille. — Hyperonychoses.

Hyperonychia.

IIe famille. — Paronychoses.

Onychogryphosis idiopathica.

IIIe famille. — Onycholyses.

Onycholysis idiopathica.

4e SÉRIE. — STEATOSES.

Ire famille. — Hypersteatoses.

Seborrhæa.
a. Oleosa.
b. Crustosa.

IIe famille. — Parasteatoses.

Grutum.
Milium.
Atheroma (avec acrochordon et nævus folliculaire).
Amyloidmilium (molluscum contagiosum).
Haloidmilium.

IIIe famille. — Asteatoses.

Xerodermia.
a. Conquista.
b. Acquisita.

5e SÉRIE. — IDROSES.

Ire famille. — Hyperidroses.

Hyperidrosis idiopathica.

IIe famille. — Paridroses.

Chromidrosis.
Bromidrosis.
Hæmidrosis.
Uridrosis.

IIIe famille. — Anidrosis.

Anidrosis idiopathica.
Dysidrosis (chiropompholix).

B. — ANOMALIES DES ÉLÉMENTS PIGMENTÉS DE LA PEAU (CHROMATOSES).

Ire famille. — Hyperchromatoses.

1° A la naissance.
Nævus pigmentosus.
Variétés :
Spilus.
Verrucosus.
Pilosus.
2° Chez l'adulte :
Chloasma fuscum (uterinum).
Chloasma nigrum (melasma).
Lentigines (ephelides).

IIe famille. — Parachromatoses.

Coloratio cutis ex ictero. Argyria.
Par tatouage.
Par la maladie d'Addison.
Par la cachexie intermittente, etc.

IIIe famille. — Achromatoses.

1° A la naissance.
Albinismus.
a. Universalis.
b. Partialis.
Poliosis.
2° Chez l'adulte.
Vitiligo.
Canities præmatura.

C. — ANOMALIES DE LA COUCHE DES CELLULES A PIQUANTS DE L'ÉPIDERME (AKANTOSES).

Ire famille. — Hyperachantoses (akanthomes simples).

1° Avec hypertrophie de la couche des cellules à piquants faisant saillie à la surface (akanthomes verruqueux).
Verruca.
Condyloma acuminatum.
2° Avec envahissement des canaux glandulaires (cutane adenome).
Idrotadenoma (adénomes des glandes sudoripares).

IIe famille. — Parakanthoses (alveolare akanthema).

1° Avec kératinisation abondante des cellules formées.
Epithelioma.
Variétés :
Superficiale (ulcus rodens).

Profundum.
2° Sans kératinisation des cellules.
Carcinoma cutaneum.
Molle.
Colloïdes.
Melanodes.

IIIe famille. — Akantholyses.

Pemphigus essentialis.
a. Acutus.
b. Chronicus.
Variétés :
Bullosus.
Foliaceus.
Gangræna cachectica infantum.

HUITIÈME CLASSE.

Chorioblastoses.

Anomalies de croissance du derme et du tissu conjonctif sous-cutané.

A. — HYPERTROPHIES DU TISSU CONJONCTIF.

Famille unique. — Hyperdosmoses.

Makrosomia.

B. — CROISSANCE PARALYTIQUE DU TISSU CONJONCTIF (PARADESMOSES).

Ire famille. — Granulome cutané.

Lupus essentialis (idiopathicus).
a. Tuberculosus.
Variétés :
Lupus scleroticus.
Lupus exuberans.
b. Erythematosus.
Scrophuloderma :
Papulosum et vesiculosum (lichen scrophulosum).
Squamosum (pityriasis scrophulosa).
Tuberculosum (lupus scrophulosus).
Gummosum.
Ulcerosum.
Tuberculosis cutis.
Lepra :
Tuberculosa.
Maculosa.
Anæsthetica.
Syphiloderma.
Maculosum.
Papulosum.
Squamosum.

Vesiculosum.
Bullosum.
Pustulosum.
Tuberculosum (lupus syphiliticus).
Gummosum.
Ulcerosum.
Rhinoscleroma.
Granuloma fungoïdes.

IIe famille. — Des momes de la peau.

Fibroma cutis.
a. Disseminatum.
b. Keloïdes.
Osteoma cutis.
Chondroma cutis.
Lipoma cutis.
Myxoma cutis.
Hyaloma cutis.
Xanthoma cutis.
Myoma cutis.
Neuroma cutis.
Angioma cutis.
a. Phlebangioma simplex cavernosum.
b. Lymphangioma simplex cavernosum.
Sarcoma cutis.

C. — ATROPHIE DU TISSU CONJONCTIF DE LA PEAU, OU DÉVELOPPEMENT DE CE TISSU A LA NAISSANCE.

Famille unique. — Adesmoses.

1° Universel et diffus.
Liodermia essentialis congenita.
2° Partiel.
Striæ atrophicæ cutis.

NEUVIÈME CLASSE.

Dermatomykoses.

Champignons de la peau et de ses annexes.

Ire famille — Mykosis scutulata (favosa, lupinosa, favus).

Dermatomykosis favosa.
Trichomykosis favosa.
Onychomykosis favosa.

IIe famille. — Mykosis circinata (herpes tonsurans).

Dermatomykosis circinata.
Variétés :
Maculo-vesiculosa.

Marginata (eczema marginatum).
Diffusa (imbricata mansou).
Trichomykosis circinata.
Onychomykosis.

IIIe famille. — Mykosis pustulosa.

Dermatomykosis pustulosa (impetigo contagiosa ?).
Trichomykosis pustulosa.
Variétés :
Barbæ (sykosis parasitaria).
Capillitii (Kerion Celsi).

IVe famille. — Mykosis furfuracea (pityrodes).

Dermatomykosis furfuracea (pityriasis versicolor).

La classification que nous venons proposer après tant d'autres n'est pas conçue d'après des idées doctrinales exclusives. Nous nous sommes proposé d'abord de grouper les maladies d'après la nature du processus morbide, et nous avons établi onze grandes divisions. Mais après la première division, la plus importante, nous avons été dans la nécessité d'en placer une, formée d'après le siège anatomique, dans laquelle les ordres et les genres qui en dépendent sont indiqués et décrits suivant les principes généraux qui nous ont guidés, c'est-à-dire d'après la nature du processus morbide. Il nous a paru impossible de grouper logiquement les maladies de cette division autrement que nous le faisons, et, en cela, nous avons suivi l'exemple de la plupart de nos éminents prédécesseurs. Puis, dans chacune de ces onze divisions, les sous-divisions, c'est-à-dire les *ordres* et les individualités morbides ou les *genres*, sont étudiés d'après la forme et l'aspect de la lésion. Enfin, pour compléter la notion relative à la nature de la maladie, les genres et les espèces sont classés et décrits selon la cause probable qui leur donne naissance, toutes conditions essentielles au point de vue du diagnostic du genre et de l'espèce, ainsi que du traitement.

Voici cette classification :

Ire DIVISION. — DERMATOSES INFLAMMATOIRES.

Elle comprend trois *classes*.

Ire CLASSE.

Dermatoses congestives ou inflammatoires communes (produites par des causes variées), catarrhales ou parenchymateuses.

1er ORDRE.

Dermatoses érythémateuses.

1er GENRE. Érythèmes.
2e GENRE. Roséoles.
3e GENRE. Urticaire.
4e GENRE. Érysipèle.

(Chacun de ces genres comprend des espèces classées et décrites d'après leur origine étiologique, soit de cause interne, soit de cause externe).

2e ORDRE.

Dermatoses vésiculeuses.

1er GENRE. Eczéma.
2e GENRE. Herpès.
3e GENRE. Miliaire.

3e ORDRE.

Dermatoses bulleuses.

1er GENRE. Hydroa.
2e GENRE. Pemphigus.
3e GENRE. Rupia.

4e ORDRE.

Dermatoses pustuleuses.

1er GENRE. Ecthyma.
2e GENRE. Impétigo.

5e ORDRE.

Dermatoses papuleuses.

1er GENRE. Lichen.
2e GENRE. Prurigo, strofulus.

6e ORDRE

Dermatoses squameuses.

1er GENRE. Pityriasis, rosé et rubra.
2e GENRE. Psoriasis.

7e ORDRE.

Dermatoses phlegmoneuses.

1er GENRE. Furoncle, anthrax.
2e GENRE. Bouton d'Alep, bouton de Biskra.
3e GENRE. Gangrènes inflammatoires.

2e CLASSE.

Dermatoses congestives et inflammatoires (catarrhales), virulentes et contagieuses.

1er ORDRE.

Exanthèmes.

1er GENRE. Rougeole.

3e ORDRE.

Pathologiques.

1er GENRE. Ictère.
2e GENRE. Cachexie.

4e ORDRE.

Toxiques.

1er GENRE. Saturnine.
2e GENRE. Coloration par l'ingestion du nitrate d'argent, etc.
Annexé à cette division : Carathès.

6e DIVISION. — DERMATOSES VASCULAIRES.

1er ORDRE.

Dermatoses vasculaires sanguines.

1er GENRE. Par altération vasculaire : *a.* veineuses, *b.* artérielles.
2e GENRE. Par altération du sang.
3e GENRE. Diathésiques (gangrènes).

2e ORDRE.

Dermatoses vasculaires lymphatiques.

1er GENRE. Inflammations (angéioleucite).
2e GENRE. Hyperchriniques (lymphorrée).
3e GENRE. Néoplasiques : *a.* mycosis fongoïdes (lymphadénie cutanée), *b.* lymphangiomes.

7e DIVISION. — DERMATOSES HYPERTROPHIQUES.

1er ORDRE.

Hyperépidermoses.

1er GENRE. Ichthyose.
2e GENRE. Kératoses (*a.* tylosis; *b.* kérodermie).
3e GENRE. Productions cornées.

2e ORDRE.

Hyperdermoses.

1er GENRE. Papillome.
2e GENRE. Molluscum.
3e GENRE. Sclérodermie [1].

3e ORDRE.

Hyperdermose complexe (*derme et tissu conjonctif sous-dermique*). Éléphantiasis des Arabes.

Myxœdème ou cachexie pachydermique.

1. S'il faut en croire les recherches les plus récentes, la sclérodermie devrait être rangée dans les trophonévroses (voy. plus loin); mais le dernier mot n'est pas dit sur ce sujet.

8e DIVISION. — DERMATOSES ATROPHIQUES.

CLASSE UNIQUE.

Peau sénile.

9e DIVISION. — DERMATOSES NÉOPLASIQUES.

1er ORDRE.

Bénignes.

1er GENRE. Rhinoscléroma.
2e GENRE. Kéloïdes.
3e GENRE. Xanthelasma.

2e ORDRE.

Malignes.

1er GENRE. Sarcomes.
2e GENRE. Fibrosarcomes.
3e GENRE. Chondromes
4e GENRE. Carcinomes.
5e GENRE. Cancroïdes.

10e DIVISION. — NÉVROSES CUTANÉE

1re CLASSE.

Hyperesthésie :

a. par altération des centres nerveux, *b.* par altération des nerfs périphériques, *c.* par intoxication.

2e CLASSE.

Anesthésie :

a. par altération des centres nerveux, *b.* par altération des nerfs périphériques, *c.* par intoxication.

3e CLASSE.

Trophonévroses :

a. faciale, *b.* sclérodermie (?), *c.* Ainhum (?).

11e DIVISION. — DERMATOSES PARASITAIRES.

1re CLASSE.

Parasites végétaux :

a. achorion Schoenleinii (favus, teigne faveuse); *b.* trichophyton (herpès tondant, teigne tondante, herpès circiné, sycosis, etc.); *c.* microsporon Audouini (pelade, teigne pelade); *d.* crasses parasitaires (pityriasis versicolor, chloasma).

2e CLASSE.

Parasites animaux :

1e Habitant sur l'homme : *a.* acarus scabiei (gale); *b.* pediculi capitis (phthiriase); *c.* pediculi corporis (prurigo pédiculaire, formicans, etc.); *d.* pediculi pubis (prurigo, taches bleues).

2e Vivant sur l'homme, mais n'y séjournant pas constamment : puces, punaises, etc., etc.

L'ordre dans lequel nous présentons les maladies de la peau est loin d'être homogène. Après les avoir classées d'après le processus morbide, il nous a fallu de toute nécessité consacrer une grande division à celles qui se distinguent par leur siège anatomique, telles que les maladies des glandes sébacées et sudoripares, des poils et des ongles. Cette même distinction, nous avons dû la maintenir dans la division des hypertrophies et des atrophies, mais à titre de sous-division, en distribuant dans des classes séparées les hypertrophies et les atrophies de l'épiderme et du derme. Nous avons regretté de ne pouvoir en faire autant pour les dermatoses inflammatoires ; cela n'était pas possible par cette seule raison que très souvent les altérations du derme et de l'épiderme se trouvent confondues. Certaines dermatoses inflammatoires qui ne portent au début, dans la période d'acuité, que sur le réseau malpighien, atteignent bientôt le corps papillaire, le derme, qui devient sclérosé, ainsi que cela arrive dans l'eczéma, par exemple, ce qui obligerait à consacrer à la description d'une même maladie deux chapitres séparés.

La division des dermatoses inflammatoires superficielles et profondes peut être également critiquée, car elle présente réunies sous une même dénomination des maladies essentiellement différentes, qui n'ont qu'un lien commun : le processus morbide. Il est certain, en effet, que les dermatoses inflammatoires virulentes et contagieuses sont par leur nature très éloignées des dermatoses inflammatoires communes et des dermatoses inflammatoires propres ; mais il est non moins évident qu'au point de vue anatomo-physiologique le procès morbide est le même.

Cependant, en ce qui concerne les maladies charbonneuses habituellement classées parmi les affections virulentes, ainsi que nous l'avons fait, nous devons formuler des réserves. Depuis les travaux de *Davaine* et de *Pasteur*, il est admis que les maladies charbonneuses sont le résultat de l'introduction, dans l'organisme, d'un microbe : la bactéridie. A ce titre, ces maladies devraient être rangées dans les parasitaires. Mais, dans cet ordre d'idées, il est un assez grand nombre d'affections cutanées, telles que l'érysipèle, la syphilis, la morve, la lèpre, etc., etc., dans lesquelles des microbes ont été découverts et dont quelques-unes n'ont pas été reconnues virulentes et contagieuses. L'érysipèle est-il toujours contagieux? Quant à la lèpre, où nous avons, comme *Armauer Hansen*, trouvé des bactéries, nous n'avons pas jus-

qu'à présent réussi à la transmettre par inoculation directe à certains animaux [1].

La place que nous avons donnée à cette dernière maladie paraîtra bien exclusive, tant elle diffère de celle qui lui est consacrée par nos devanciers.

Les nouvelles recherches d'Armauer Hansen, de Besnier et les nôtres d'une part ; la marche si particulière du processus morbide, qui rapproche cette maladie, au double point de vue anatomo-pathologique et séméiologique, des inflammations, des hypertrophies, des atrophies, des trophonévroses, etc., d'autre part, nous ont conduits à lui consacrer une division spéciale, car elle ne trouve logiquement ni scientifiquement sa place dans aucun autre groupe.

Nous pourrions encore montrer les parties faibles de quelques autres divisions. Nous n'y insisterons pas ; elles sont assez faciles à constater. Nous l'avons déjà dit, une classification dermatologique est chose actuellement impossible à faire d'une manière satisfaisante ; nous n'avons eu d'autre but que de grouper les maladies de la peau en un tableau synoptique, et dans des divisions bien distinctes, de manière à les présenter, autant que cela est possible, sous le quadruple aspect du processus morbide, de la valeur séméiologique, du siège de la lésion et de la cause probable, conditions essentielles d'où découlent les indications thérapeutiques.

1. V. Hillairet et E. Gaucher, *Note sur le parasitisme de la lèpre*, *Soc. Biologi.* décembre 1880.

TROISIÈME PARTIE

PATHOLOGIE SPÉCIALE

PREMIÈRE DIVISION

DERMATOSES INFLAMMATOIRES

Si le lecteur se reporte à notre classification, il verra que ce groupe comprend *trois classes*, qui sont :

1° Les dermatoses congestives ou inflammatoires communes ;

2° Les dermatoses congestives ou inflammatoires virulentes et contagieuses (ex. : les syphilides);

3° Les dermatoses inflammatoires interstitielles propres, ou ne résultant que d'une cause unique spéciale mais non spécifique, non contagieuses (les scrofulides).

PREMIÈRE CLASSE

DERMATOSES CONGESTIVES OU INFLAMMATOIRES COMMUNES.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Ces dermatoses sont de deux sortes : tantôt superficielles, tantôt profondes. Les dermatoses inflammatoires *superficielles* ont également reçu le nom de *catarrhales*, par analogie avec les affections des muqueuses; les dermatoses inflammatoires *profondes* ont été appelées aussi *parenchymateuses*, parce qu'elles intéressent primitivement non

seulement l'épiderme et le corps papillaire, mais encore la profondeur du derme : telles sont les dermatoses phlegmoneuses et les gangrènes cutanées [1].

Les **dermatoses superficielles** ont été décrites par les auteurs sous les noms les plus variés : *inflammations cutanées* (Rayer); *exanthèmes* (Devergie); *eczematous affections* (Erasmus Wilson); *affections dartreuses* (Hardy); affections arthritiques, herpétiques : *pseudo-exanthèmes* (Bazin); *affections catarrhales de la peau* (Rindfleisch, T. Fox), etc.; toutes les dénominations précédentes s'appliquent au groupe des dermatoses congestives ou inflammatoires *superficielles*, qui, considérées dans leur ensemble, présentent les caractères généraux suivants :

Leur début est variable, tantôt rapide, tantôt lent; on ne peut poser de règles à cet égard. Les unes sont aiguës, les autres chroniques; toutes sont exposées à des récidives fréquentes, de même forme que la maladie primitive. Quelquefois cependant, la récidive diffère de l'affection originelle par sa marche; c'est ainsi que certaines affections cutanées chroniques, comme l'eczéma et le psoriasis, peuvent récidiver suivant le mode aigu.

La marche de ces inflammations cutanées superficielles est aussi différente suivant la cause qui leur a donné naissance. Les dermatoses constitutionnelles ne présentent pas la même évolution que les pathogénétiques et les provoquées directes. Ces dernières ont un début plus brusque et une marche plus rapide. La défervescence est plus précoce, et la maladie cède facilement dès que la cause qui l'a produite est supprimée, à moins que la cause directe n'ait agi que comme stimulant de l'influence diathésique. C'est ainsi que, chez certains arthritiques, les éruptions de cause externe, celles de la gale, par exemple, au lieu de s'éteindre dès que les parasites sont détruits, se perpétuent et s'aggravent en raison du terrain propice sur lequel elles se sont développées. C'est ainsi, d'autre part, que les efflorescences érythémateuses ou acnéiques, déterminées par l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur, sont beaucoup plus tenaces chez les individus prédisposés que chez les autres.

1. Ces dénominations : affections *catarrhales* et *parenchymateuses*, appliquées à la peau, sont anatomiquement inexactes. Il est préférable de se servir des désignations plus simples : dermatoses *superficielles* et *profondes*.

E. G.

Nous avons déjà suffisamment insisté sur le rôle que jouent les vices constitutionnels ou diathésiques dans le développement des éruptions pathogénétiques ou provoquées, pour nous dispenser de donner d'autres exemples.

Tout autre est la marche des *inflammations cutanées constitutionnelles*. Celles-ci, au lieu d'apparaître brusquement comme les précédentes, présentent fréquemment des prodromes variés : ce sont tantôt des sueurs habituelles, tantôt une sécheresse extrême de la peau, des troubles gastriques tels que dyspepsie, gastralgie, pyrosis, etc., des diarrhées persistantes ou, au contraire, une constipation opiniâtre, des migraines, des névralgies, etc.

A la suite de ces prodromes, la *période d'invasion* de la maladie est parfois caractérisée par des *phénomènes généraux* d'intensité variable, le plus souvent un léger mouvement fébrile accompagné de malaise, de courbature, d'anorexie, d'état saburral et de céphalalgie éphémère.

Ces troubles généraux, il faut le dire, ne sont pas spéciaux aux dermatoses inflammatoires superficielles d'origine diathésique ou constitutionnelle. On les observe aussi dans quelques *éruptions pathogénétiques* et dans certaines *provoquées directes*. Personne n'ignore que l'éruption copahique est fréquemment accompagnée de fièvre vive avec état gastrique, diarrhée, etc. ; et, de même, il n'est pas rare de voir l'eczéma impétigineux suraigu, déterminé par la gale ou par tout autre agent extérieur irritant, donner lieu, chez certains arthritiques, à des phénomènes généraux assez graves.

Parmi les *symptômes locaux*, le premier en date et le plus important est la *rougeur*. Cette rougeur varie du rouge hortensia au rouge foncé ; selon les formes morbides, elle est persistante ou passagère et remplacée alors par une autre lésion, vésicule, pustule, papule, etc. Elle ne s'accompagne pas d'épaississement notable du derme ; elle disparaît par la pression du doigt. A sa surface, on peut constater, par le toucher, une élévation de la température locale.

Les *troubles de la sensibilité* varient suivant la nature même de la lésion. C'est tantôt une démangeaison plus ou moins vive, continue ou intermittente, sujette à des exacerbations ; tantôt une sensation de cuisson ou de véritable douleur comme dans les névralgies qui accompagnent le zona.

L'état de la peau est aussi variable suivant les cas. Certaines affections conservent pendant toute leur évolution la même sécheresse :

tels sont la plupart des érythèmes et les affections papuleuses et squameuses. D'autres au contraire, sèches et lisses au début, deviennent bientôt humides et suintantes : ce sont les inflammations vésiculeuses, pustuleuses, bulleuses.

Toutes ces inflammations cutanées superficielles ont de la tendance à s'étendre (nous avons indiqué précédemment les lois qui président à leur extension [1]). Toutes se manifestent par accès; toutes sont intermittentes et sujettes à des récidives nombreuses.

Elles se terminent généralement par résolution, quelquefois par le passage à l'état chronique, à la suite d'une persistance insolite. Dans ces cas-là, l'inflammation se propage aux couches profondes du derme, qui se sclérose et s'indure ; c'est ce qu'on observe dans le lichen et dans certaines formes d'eczéma.

Les dermatoses inflammatoires superficielles, à part certaines formes humides, comme l'ecthyma cachectique et le rupia, ne laissent jamais de cicatrices, même quand elles ont été le siège d'excoriations.

Elles ne sont pas toujours fixes dans leurs manifestations ; on a vu certaines formes s'éloigner peu à peu de leur type originel et subir des modifications de la plus haute gravité; c'est ainsi que nous avons observé quelquefois par exemple la transformation de l'eczéma en pemphigus foliacé, chez certains vieillards, dans des conditions hygiéniques mauvaises.

Jusqu'à présent, il n'est pas prouvé que ces affections soient transmissibles ; il faut en excepter toutefois l'ecthyma, que E. Vidal est parvenu à inoculer.

La gravité de toutes les dermatoses inflammatoires superficielles, à quelques exceptions près, réside non pas dans l'affection cutanée elle-même, mais dans la diathèse qui lui a donné naissance, dans la durée des accidents, dans la tendance aux récidives et dans l'incurabilité.

Les **dermatoses inflammatoires profondes** présentent des caractères généraux moins nombreux que ceux que nous avons rencontrés dans les dermatoses superficielles.

Le plus souvent, ces affections se développent sans aucun signe prémonitoire ou prodromique; cependant le furoncle, l'anthrax et l'érysipèle phlegmoneux sont précédés de prodromes plus ou moins longs.

Les *symptômes généraux* d'invasion n'ont rien de particulier; ils

1. Voy. t. I, *Anatomie pathologique générale*, p. 137.

consistent en courbature, anorexie, soif vive, fièvre et état gastrique.

De tous les *symptômes locaux*, le plus important, comme pour les dermatoses superficielles, est la *rougeur*, dont la nuance est variable, qui disparaît aussi, le plus souvent, sous la pression du doigt, et qui s'accompagne d'une élévation notable de la température locale. Mais on observe, en outre, certains caractères qui montrent que l'inflammation n'est plus ici exclusivement superficielle. C'est une tuméfaction de la peau, un empâtement profond plus ou moins étendu, qui siège, non seulement dans le derme, mais quelquefois aussi dans le tissu cellulaire sous-cutané. Par contre, ces dermatoses profondes sont moins étendues en surface, moins largement étalées que les inflammations superficielles; elles sont souvent limitées à une région ou à une portion de région très restreinte; elles ont peu de tendance à la généralisation de proche en proche, si ce n'est dans certaines espèces d'érysipèle bronzé; mais leur évolution est souvent très lente et leur généralisation successive, en ce sens que les lésions apparaissent successivement sur des points isolés de la surface cutanée, quelquefois très éloignés les uns des autres : c'est ce qu'on observe dans le furoncle et dans le bouton de Biskra.

Les dermatoses inflammatoires profondes aboutissent facilement à la suppuration et même à la gangrène ; elles laissent alors des cicatrices variables d'étendue, mais toujours indélébiles. Jamais elles ne se terminent par l'état chronique, si ce n'est pour le bouton de Biskra.

Le plus souvent, leur évolution est continue ; mais quelquefois elle est intermittente et successive, comme nous l'avons déjà noté pour le furoncle et pour l'anthrax; elle peut être assez régulièrement périodique, comme dans l'érysipèle cataménial.

Il est de ces inflammations profondes qui succèdent aux dermatoses superficielles, qui les accompagnent même parfois et viennent les compliquer : telles sont les éruptions de furoncles qu'on observe dans le cours de l'eczéma. Ces éruptions secondaires se développent sous l'influence de causes diverses, soit constitutionnelles et diathésiques, soit locales et accidentelles; on les observe fréquemment dans le diabète.

Nous abordons maintenant l'étude des différents ordres qui composent notre première classe (dermatoses congestives et inflammatoires communes, superficielles ou profondes [1]).

1. Voy. la classification, fasc. I, p. 221.

PREMIER ORDRE

DERMATOSES ÉRYTHÉMATEUSES

Cet ordre forme un groupe important d'affections nombreuses e distinctes. Il comprend quatre genres :

1° Les érythèmes,
2° Les roséoles,
3° L'urticaire,
4° L'érysipèle.

PREMIER GENRE

ÉRYTHÈMES

Nous ne reviendrons pas sur les généralités relatives aux érythèmes, pour lesquelles nous renvoyons le lecteur au chapitre de séméiologie générale (p. 69 et suivantes); mais nous décrirons maintenant, avec quelques détails, chaque variété d'érythème en particulier.

Division. — Ainsi que nous l'avons déjà établi, les érythèmes peuvent être divisés en trois catégories :

1° Les **érythèmes de cause interne**, qui comprennent cinq groupes :

a. Érythèmes marginé, circiné, diffus, bulleux, papuleux, noueux, *polymorphe*, qui est constitué par la réunion simultanée des précédents. Ce groupe appartient à l'arthritisme (erythema rhumatisans).

b. Un second groupe renferme l'*érythème scarlatiniforme* (pseudo-exanthème), qui est souvent rhumatismal.

c. Un troisième groupe comprend l'*érythème fugax*, dont la production est attribuée à l'*action réflexe*.

d. Un quatrième groupe est formé par les érythèmes symptomatiques qui se développent *dans le cours des maladies générales*, par altération du sang : les érythèmes cholérique, pyohémique, diphthéritique, etc.

e. Le cinquième groupe comprend l'*érythème par trouble trophique*, sous la dépendance de lésions du système nerveux.

2° Les érythèmes pathogénétiques (copahu, belladone, sulfate de quinine, chloral, iodure et bromure de potassium, mercure, arsenic, etc.) [1]. — L'érythème arsenical, bien qu'admis par Bazin, est douteux; nous ne l'avons jamais observé.

3° Les érythèmes de cause externe. — Érythèmes des nouveau-nés, intertrigo, pernio, paratrime, etc.; les érythèmes dus à l'action des substances irritantes sur la peau : sublimé, frictions mercurielles, ammoniaque, huile de laurier-cerise, cantharides, etc.

Nous ajouterons, comme annexe aux érythèmes, deux espèces distinctes, l'*érythème pellagreux* et l'*érythème acrodynique*, avec cette restriction que, dans la pellagre et dans l'acrodynie, l'affection cutanée ne constitue qu'une des manifestations essentielles de *deux maladies générales*, auxquelles il est difficile, encore aujourd'hui, d'assigner une place bien distincte dans le cadre nosologique.

Historique. — Avant toute description, nous croyons utile de résumer succinctement les opinions des principaux auteurs sur la nature de l'érythème et sur ses différentes variétés.

Bateman [2], élève et continuateur de *Willan*, place confusément dans le troisième ordre de sa classification, consacré aux *exanthemata*, la rougeole, la scarlatine, l'urticaire, le purpura, la roséole et l'érythème. Mais il considère avec raison que la roséole et l'érythème sont des affections semblables. Avec Willan, il décrit six variétés d'érythèmes : le fugax, le læve, le marginé, le papuleux, le tuberculeux, le noueux. Il ajoute, en terminant, que certains érythèmes peuvent donner lieu à du suintement, comme l'intertrigo. Il ne donne aucune indication sur l'anatomie pathologique ni sur le traitement.

Alibert [3] crée un groupe des *dermatoses eczémateuses*, qui comprend

1. Voy. p. 72 et 73.
2. Voy. Bateman, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, trad. Bertrand. Paris, 1820.
3. Voy. Alibert, *Monographie des dermatoses* (1835).

plusieurs genres. Le premier genre est celui des érythèmes; Alibert distingue les espèces suivantes : érythème spontané, érythème épidémique (acrodynie), érythème endémique (pellagre), érythème intertrigo, érythème paratrime, érythème pernio, érythème igné. Les autres genres du même groupe renferment l'érysipèle, le pomphyx, le zoster, le cnidosis ou urticaire, l'herpès et même la pustule maligne et le furoncle, etc. Les fièvres éruptives forment un autre groupe distinct. Les descriptions d'Alibert, relativement à l'érythème, sont d'ailleurs assez exactes.

Rayer définit l'érythème un exanthème non contagieux, avec ou sans fièvre, caractérisé par des rougeurs plus ou moins étendues, de formes diverses, jamais généralisées, d'une durée de un à deux septenaires. Il décrit les variétés suivantes : l'erythema intertrigo (chez les adultes, aux parties génitales et aux seins; chez les enfants, aux fesses, par l'action irritante des urines, et au visage sous l'influence de la dentition); l'erythema paratrime; l'erythema *à punctura* (piqûres d'aiguille ou de guêpe); l'erythema papulatum (rhumatismal) de Willan; l'erythema tuberculatum; l'erythema nodosum, fébrile, habituel aux femmes et aux enfants d'une constitution molle, et fréquent chez les rhumatisants; l'erythema circinatum; l'erythema fugax; les érythèmes chroniques, nés sous l'influence de causes extérieures diverses, siégeant aux lèvres, aux seins chez les nourrices, au prépuce, aux grandes lèvres et à l'anus, fréquemment compliqués dans toutes ces régions de gerçures et de rhagades. Rayer mentionne seulement, en terminant, l'acrodynie. Le diagnostic différentiel de toutes ces variétés d'érythème est d'ailleurs très incomplet.

Cazenave et *Schedel*[1] rangent l'érythème dans la classe des exanthèmes, avec l'érysipèle, la roséole, la rougeole, la scarlatine et l'urticaire, affections essentiellement dissemblables au fond. Leur description de l'érythème est succincte, mais assez claire et vraie. Ils reconnaissent, comme espèces particulières, l'erythema papulatum (de Willan), l'erythema nodosum et l'erythema intertrigo (de Sauvages); ils citent seulement, dans l'étiologie, l'erythema læve, l'érythème centrifuge de Biett et l'acrodynie et se bornent à indiquer les variétés causées par le froid, le soleil, le contact des *flueurs blanches*. Ils indiquent l'érythème symptomatique de la dentition et l'érythème copahique.

1. *Abrégé pratique des maladies de la peau*, 2e édit.

Gibert [1] décrit les dermatoses érythémateuses sous la dénomination générale d'exanthèmes, avec la roséole, l'urticaire et la pellagre dont il trace l'histoire assez exactement. Il définit l'érythème un exanthème non contagieux, caractérisé par des taches rouges, plus ou moins foncées, généralisés ou localisées, avec ou sans phénomènes généraux, fébrile ou non fébrile. Il reconnaît comme espèces : 1° le fugax; 2° le læve; 3° l'erythema marginatum, papulatum, tuberculatum, nodosum, qu'il confond dans une même description; 4° l'intertrigo; 5° l'érythème excentrique de Biett (lupus érythémateux), auquel il ajoute la qualification de « rodens ».

Bazin [2] admet un érythème de cause externe, auquel il adjoint l'érythème pellagreux et l'érythème acrodynique, et un érythème de cause interne, d'origine arthritique, comprenant les variétés *circinatum*, *marginatum*, *papulatum*, *tuberculatum* et *nodosum*. Il place à la suite l'intertrigo, résultant du frottement des surfaces cutanées en contact les unes avec les autres et qu'il rattache aussi à l'arthritisme; l'érythème induré des scrofuleux et l'érythème pernio, qu'il regarde également comme de nature scrofuleuse. Bazin sépare complètement l'urticaire de l'érythème. Ses divisions, fondées sur l'étiologie, sont méthodiques et très cliniques.

Devergie donne de l'érythème une bonne description, succincte et bien circonscrite. *Hardy* adopte les idées de Devergie, mais sa description est beaucoup plus complète.

Les auteurs allemands comprennent l'érythème d'une tout autre façon que les dermatologistes français. Leurs descriptions sont très complexes, confuses et souvent écourtées.

Hebra ne craint pas de scinder le groupe naturel des érythèmes et de répartir ses variétés en deux classes distinctes : les dermatoses congestives et les dermatoses exsudatives. Les *dermatoses congestives* renferment, comme hyperémies actives *idiopathiques*, l'erythema traumaticum, caloricum, venenatum seu ab acribus; et, comme hyperémies actives *symptomatiques*, l'érythème infantile (dentition, vers intestinaux, entérite), l'erythema variolosum (c'est le rash de la variole, qu'Hébra décrit sans en prononcer le nom), etc. Au contraire, l'érythème multiforme et ses variétés, marginatum, papulatum, tuberculatum, nodosum, urticans et diffusum, reçoivent la dénomination com-

1. Voy. Gibert. *Traité pratique des mal. spec. de la peau*, 1839.
2. Voy. *Affections génériqnes de la peau.*

mune d'*érythèmes exsudatifs* et prennent placent dans la classe des *dermatoses exsudatives aiguës non contagieuses*. Dans cette même classe, Hébra range la dermatitis combustionis (érythème igné), la dermatitis congelationis (érythème pernio), etc. Enfin un appendice est consacré à la pellagre, à l'acrodynie, à la roséole et à l'urticaire.

Neumann n'admet et ne décrit que l'érythème exsudatif multiforme, qu'il définit ainsi : une lésion de la peau qui se manifeste tantôt sous forme d'efflorescences disséminées, rarement disposées en groupes, aplaties ou présentant une papule centrale, tantôt sous forme de taches plus étendues, dont les signes caractéristiques sont : la rougeur, une légère sensation de cuisson, une infiltration séreuse modérée et une courte durée. Il ajoute qu'il faut compter, parmi les signes cliniques essentiels de cette affection, sa localisation presque constante et l'absence de démangeaison. L'érythème se développe le plus souvent sans aucun symptôme fébrile, n'est pas contagieux, disparaît sans desquamation ou avec une desquamation et une pigmentation sans importance. Plus loin, il ajoute, à propos des formes admises par la plupart des auteurs et même par Hébra : « Il est facile de montrer que les formes les plus différentes de l'érythème ne sont autre chose que les différentes périodes de développement du même processus. » Cependant il décrit comme variétés les érythèmes papuleux ou tuberculeux, annulaire ou circiné, qu'il confond avec l'érythème centrifuge de Biett (lupus érythémateux à son début), les érythèmes marginé (gyratum), diffus (de Fuchs), noueux et urticans. Il omet complètement tous les érythèmes de cause externe, solaire, igné, pernio, paratrime, etc., et les pathogénétiques (copahu, etc.). A l'exemple d'Hébra, il consacre un chapitre annexe à la pellagre, à l'acrodynie, à la roséole et à l'urticaire. Les descriptions cliniques de Neumann sont très écourtées, ainsi que le diagnostic différentiel; l'étiologie est nulle.

Kaposi, à l'exemple d'Hébra, décrit les érythèmes dans deux classes différentes, les uns dans les *hyperémies cutanées :* ce sont les érythèmes traumatique et calorique, l'erythema venenatum, etc. (érythèmes congestifs idiopathiques); puis les érythèmes symptomatiques d'un état pathologique général et produits par voie réflexe : ce sont l'érythème psychique, l'érythème infantile, etc. A la suite de ces hyperémies actives, Kaposi place les érythèmes secondaires qui se manifestent dans les maladies générales : érythème de la variole (rash), roséole cholérique, roséole vaccinale, feu de dentition, etc., etc. Les

hyperemies passives, par obstacle au cours du sang, tiennent sous leur dépendance les *érythèmes livides*, parmi lesquels Kaposi place ceux qui sont produits par un corset trop serré ou par la constriction des jarretières. Les véritables érythèmes sont décrits dans une autre classe, celle des *dermatoses exsudatives aiguës non contagieuses*. Cette classe renferme l'érythème polymorphe et toutes ses variétés (V. Hebra et Neumann), moins l'érythème noueux, qui est décrit dans un chapitre spécial. Kaposi y place de plus le purpura rhumatismal (péliose rhumatismale), qu'il considère comme une hémorrhagie. Il décrit ensuite la pellagre, l'urticaire et l'acrodynie.

Les opinions des auteurs anglais se rapprochent plus des idées françaises que des théories allemandes.

Erasmus Wilson, sous la dénomination générale d'*erythematous affections*, décrit dans un même chapitre l'érythème, l'érysipèle, l'urticaire, la roséole. Il reconnaît à l'érythème les formes suivantes : *fugax*, *lævo*, *circinnatum*, *marginatum*, *tuberculatum*, *nodosum*, qu'il décrit séparément. Il considère l'érythème comme le résultat d'un trouble général (*Disturbance*) et fait jouer un rôle étiologique important aux altérations de l'intestin, de l'estomac, de l'utérus, etc. D'après lui, l'érythème serait toujours une manifestation deutéropathique.

Tilbury Fox (1873) divise l'érythème en deux groupes : 1° l'érythème local ou idiopathique, causé par des irritants extérieurs (*simplex*, *lævo*, *intertrigo*) ; 2° l'érythème symptomatique (*papulatum*, *tuberculatum*, *nodosum*, *fugax*, *marginatum*, *circinatum*), qui n'est autre chose que l'érythème multiforme d'Hébra. Après ces espèces, Fox décrit un érythème spécial, qu'il appelle *gangrænosum*, qui serait produit par l'athérome et l'oblitération des petits vaisseaux ; il cite des faits personnels et des observations de Wilson, de Hilton Fagge (*Guy's Hospital Reports*, janv. 1868), de Brodie, de Marley Rooke (1864). Ensuite se trouvent la roséole, l'urticaire, la pellagre et l'acrodynie.

Neligan [1] admet simplement les espèces de Willan et Bateman. Il distingue trois variétés d'érythème ; le simplex (dont l'intertrigo est une sous-variété), le papulatum et le nodosum. Dans la description de l'érythème papuleux, il semble réunir le marginé et le circiné. Un chapitre suivant est consacré à l'érysipèle et un autre à la roséole et à l'urticaire, placées à côté de la rougeole et des autres exanthèmes contagieux.

1. *Moore Neligan's*, 2e édition, revue et augmentée par le doct. T.-W. Belcher, 1864.

Quant à *Duhring* (Philadelphie, 1877), il ne fait que copier la classification et les descriptions d'Hébra.

Définition. — Après avoir rapporté assez longuement les opinions des autres dermatologistes, nous pensons, pour notre part, qu'il faut comprendre l'érythème dans son sens le plus large, et nous le définirons :

Une affection cutanée caractérisée par des taches roses ou d'un rouge plus ou moins foncé, parfois hémorrhagiques et souvent pigmentées à leur déclin, de formes et de dimensions variables, occupant des sièges divers, sans tendance à la généralisation, à l'exception d'une seule espèce, l'érythème scarlatiniforme ; — taches s'effaçant par la pression, surmontées parfois d'élevures plus ou moins tubéreuses ou même de bulles. Au point de vue des phénomènes généraux, c'est une affection non contagieuse, à début brusque, précédée ou non de prodromes, avec ou sans réaction fébrile, courbature et troubles des voies digestives, à marche aiguë, se développant d'une manière régulière, continue ou intermittente et même parfois périodique [1].

I. — Erythèmes de cause interne.

1er GROUPE. — ÉRYTHÈME POLYMORPHE ET SES VARIÉTÉS.

a. **Erythème marginé (E. gyratum seu marginatum).** — C'est un érythème qui se présente sous la forme de larges taches arrondies, rouges et légèrement papuleuses, qui semblent se détacher de la peau par leur circonférence, et dont les bords sont durs, saillants, proéminents, tortueux et rudes au toucher. Cette éruption se montre de préférence sur les extrémités et sur les lombes, chez les personnes âgées (Bateman) [2]. Elle apparaît assez rapidement, mais sans réaction générale et sans fièvre, le plus souvent; elle dure pendant un temps indéterminé et ne provoque qu'une irritation médiocre de la peau, pas de chaleur

1. En 1877, l'un de nous (Hillairet) a observé à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 36, une femme de trente-sept ans, qui en était à sa quatrième attaque annuelle d'*érythème polymorphe;* c'était une cuisinière, fille de père rhumatisant, mort d'affection cardiaque, qui elle-même avait éprouvé des douleurs rhumatismales à plusieurs reprises.

2. Voy. Bateman, *Abrégé pratique des maladies de la peau.* Paris, trad. Bertrand, 1820.

locale ni de douleur; parfois seulement, elle est accompagnée d'une légère sensation de gêne, de tension ou de démangeaison. Elle se termine par résolution et desquamation.

b. **Erythème diffus.** — Quelquefois précédé d'un léger état fébrile, souvent aussi se montrant sans phénomène précurseur, il apparaît sous forme de taches d'une étendue très variable, rouges ou rosées, dont la coloration s'efface momentanément sous la pression du doigt, qui laissent entre elles des intervalles de peau saine, et qui n'offrent pas de relief sensible au-dessus de la peau; au niveau des plaques érythémateuses, la chaleur locale n'est pas augmentée, la douleur est à peine sensible, le malade ressent seulement une légère sensation de prurit ou de fourmillement. Ces taches siègent aux extrémités ou sur les membres, plus rarement sur le tronc ou à la face; elles pâlissent et disparaissent au bout de trois ou quatre jours, en laissant souvent après elles une desquamation furfuracée sans importance.

c. **Erythème bulleux.** — Cette forme ne se distingue de la précédente que par la présence de bulles, de nombre et de volume variables, qui par places recouvrent les plaques rouges. Il est rare d'observer l'érythème bulleux à l'état isolé; le plus souvent, il est associé aux autres formes de l'érythème pour constituer l'érythème polymorphe.

d. **Erythème circiné.** — On donne ce nom à un érythème dans lequel l'éruption affecte la forme de plaques rouges circulaires ou de cercles rouges circonscrivant une portion de peau saine. Ces plaques ou ces cercles rouges sont légèrement saillants; ils siègent de préférence sur les extrémités, aux mains et aux pieds, quelquefois sur les avant-bras et sur les jambes; cette éruption se termine, comme les précédentes, par résolution et desquamation.

Il est une variété d'érythème circiné qui se montre sous l'apparence de cercles plus ou moins rouges et excentriques, peu ou point saillants, alternant avec des cercles plus pâles et entourant une portion centrale de peau saine ou légèrement pigmentée. Cette forme très rare a été confondue par Hébra et Kaposi avec l'herpès iris (hydroa vésiculeux).

e. **Erythème papuleux, papulo-tuberculeux et tuberculeux.** — On l'observe particulièrement chez les jeunes gens et chez les femmes; il occupe le plus ordinairement la face dorsale des mains, les avant-bras, les bras, le cou, la poitrine, plus rarement la face. Il est souvent précédé de malaise et s'accompagne parfois de fièvre. « Les petites taches qui le caractérisent, irrégulièrement arrondies, légèrement sail-

lantes, comme papuleuses, ne dépassent pas la largeur d'un centime; d'un rouge vif au début, elles prennent bientôt une teinte violacée, surtout à leur centre, et disparaissent presque complètement sous la pression du doigt. Dans l'espace d'un à deux jours, elles s'affaissent au niveau de la peau qui les entoure, et la rougeur elle-même est dissipée après un ou deux septenaires. » (Rayer [1].)

Dans l'érythème tuberculeux, les taches, rouges ou violacées, sont moins régulières, plus larges et plus saillantes; elles se terminent, comme les précédentes, au bout d'un temps variable, par résolution.

f. **Erythème noueux.** — Cette forme d'érythème est caractérisée par de petites tumeurs arrondies ou ovoïdes, de véritables nodosités dermiques, très dures au début, enchâssées solidement dans le tissu cellulaire sous-cutané et espacées, de distance en distance, sur la région affectée. Cette éruption a son siège d'élection sur la partie antérieure de la jambe; mais on peut l'observer aux quatre membres, dans le voisinage des articulations, beaucoup plus rarement à la figure, sur le menton. Elle est presque toujours précédée, pendant plusieurs jours, de phénomènes généraux, fièvre, état gastrique, courbature, etc.; parfois les symptômes d'invasion sont tellement graves, particulièrement chez les enfants, qu'ils rappellent ceux de la fièvre typhoïde. Les nodosités sont douloureuses, d'une coloration rouge assez foncée, disparaissant difficilement sous la pression du doigt et qui bientôt fait place à une teinte bleuâtre ou violacée. En même temps qu'elles deviennent comme livides, les petites tumeurs perdent leur dureté primitive, prennent une consistance pâteuse, s'aplatissent et disparaissent par résolution, dans l'espace de huit à quinze jours au plus; jamais elles ne se terminent par suppuration; elles laissent seulement à leur suite une tache bleuâtre, ecchymotique, due à une extravasation sanguine, qui passe en effet, avant de se résorber complètement, par toutes les nuances d'une ecchymose ordinaire. L'érythème noueux est fréquent chez les jeunes sujets et chez les femmes mal réglées; il est sous la dépendance de la diathèse rhumatismale.

Erythème polymorphe. — L'association de toutes les formes précédentes ou de quelques-unes d'entre elles constitue l'érythème polymorphe ou multiforme. C'est à tort qu'Hébra a retranché l'érythème noueux des variétés de l'érythème polymorphe, car l'érythème noueux

1. Voy. Rayer, art. ÉRYTHÈME du *Dict. en 15 volumes*, t. VII, p. 494.

e diffère du papuleux ou du tuberculeux que par le volume plus considérable des nodosités, par leur teinte plus foncée et par l'œdème qui les accompagne; mais, au fond, toutes ces lésions ne sont que des degrés plus ou moins avancés du même processus anatomo-pathologique et constituent également un groupe très homogène sous le rapport de l'étiologie et du traitement; au contraire, nous rejetons complètement la forme admise par Hébra sous le nom d'érythème iris; ce prétendu érythème n'est autre chose que l'herpès iris ou hydroa vésiculeux qu'Hébra a confondu, dans la même description, avec une des variétés de l'érythème circiné [1].

Le plus souvent, l'érythème polymorphe apparaît sans être précédé ni accompagné de phénomènes généraux notables; on constate seulement un peu d'embarras gastrique, peu ou pas de fièvre, excepté quand l'affection occupe de larges surfaces de la peau. Les symptômes subjectifs sont presque insignifiants et consistent seulement en une légère sensation de brûlure ou de démangeaison sur les plaques érythémateuses, dont la température objective ou subjective n'est pas sensiblement augmentée.

L'éruption dure généralement de un à deux septenaires, trois ou quatre semaines au plus; elle suit une marche continue et régulière, mais elle est sujette à des récidives; elle peut apparaître périodiquement, tous les ans par exemple, à la même époque. Elle n'entraîne d'ordinaire après elle aucune conséquence grave, aucune complication. Les accidents morbides qu'on peut observer, soit concurremment avec elle, soit avant, soit immédiatement après, tels que les arthropathies rhumatismales, l'endocardite ou la péricardite, la pleurésie, la congestion pulmonaire ou même la pneumonie, ne sont pas, à proprement parler, des complications de la dermatose : ce sont des manifestations concomitantes de la même disposition générale, de la même diathèse, la diathèse arthritique, des effets multiples de la même cause déterminante, le froid, le froid humide surtout, et les variations brusques de température. Dans quelques cas, l'explosion des accidents est grandement favorisée par l'alcoolisme préexistant, qui concourt, comme on le sait, pour une si large part, à la production de la diathèse urique.

Étiologie. — On peut réunir toutes les variétés de l'érythème polymorphe sous la dénomination commune d'*érythèmes arthritiques ;*

1. V. ci-dessus, p. 241, *Érythème circiné.*

l'arthritisme, en effet, sous ses deux formes, le rhumatisme et la goutte, est leur cause la plus habituelle.

Nous avons cherché à établir, d'après nos observations personnelles, la fréquence relative des diverses formes de l'érythème polymorphe; nous avons trouvé la proportion suivante [1] :

Sur 100 érythèmes :

Noueux	44
Papuleux	22
Papulo-tuberculeux	18
Généralisés ou diffus	7
Bulleux	1
Polymorphes (comprenant toutes les variétés ci-dessus, moins le noueux)	5
Polymorphe avec addition de la forme circinée	1
Total	98

Relativement à l'*âge*, nous avons remarqué que la plus grande fréquence de l'érythème polymorphe était de seize à quarante ans; le marginé serait plus commun chez les personnes âgées, d'après Bateman (*loc. cit.*); le noueux est au contraire beaucoup plus fréquent chez les jeunes sujets, surtout dans la seconde enfance.

Le *sexe féminin* constitue, pour tous ces érythèmes, une prédisposition importante; les deux tiers de nos observations concernent des femmes. Le tempérament lymphatique est aussi une condition favorable.

On a noté avec raison l'influence des refroidissements, des impressions morales, des écarts de régime et principalement de l'*alcoolisme* comme causes prédisposantes.

L'érythème multiforme ne se développe pas indifféremment dans toutes les *saisons;* c'est au printemps surtout qu'on l'observe (de février à juin), puis à l'automne, rarement pendant l'hiver. Plus de la moitié de nos observations de l'hôpital Saint-Louis ont été recueillies au printemps, un quart à l'automne.

Les *climats* ne semblent pas avoir une influence prépondérante, si l'on s'en rapporte aux documents, très incomplets du reste, qui existent dans la science et principalement dans les livres consacrés à la géographie médicale. On signale surtout les érythèmes dans les pays tropicaux, mais ce sont alors, pour la plupart, des érythèmes *à calore*. Quant aux formes que nous venons de décrire et qui sont essentiellement *diathésiques*, il y a tout lieu de penser qu'elles existent aussi

1. Statistique du service d'Hillairet à l'hôpital Saint-Louis.

bien dans les pays tempérés que dans les climats chauds ou dans les régions froides et humides, puisqu'elles sont liées à l'arthritisme, qu'on observe à peu près dans tous les pays, avec une fréquence diverse.

Anatomie pathologique. — Les lésions histologiques de l'érythème sont :

1° La *congestion* des vaisseaux papillaires.

2° Un degré variable d'*exsudation* ou d'exosmose vasculaire dont le produit infiltre les papilles. Cette exsudation est à son minimum dans l'érythème diffus et à son maximum dans l'érythème noueux. Il n'est pas rare, spécialement dans l'érythème noueux, de voir quelques capillaires céder à la pression qui les distend, se rompre et donner lieu à une légère infiltration sanguine dans la plaque ou dans la nodosité érythémateuse.

3° Des troubles de nutrition de l'épiderme, caractérisés par une altération spéciale que nous avons précédemment décrite (page 69) : la *dégénérescence vésiculeuse* des cellules du corps muqueux, d'où résulte la *desquamation* qu'on observe communément à la suite de l'érythème.

Diagnostic. — Il est en général très facile. L'érythème simple ou diffus, avec sa rougeur superficielle, sans chaleur et sans douleur bien vives, ne peut être confondu avec l'*érysipèle* [1].

La généralisation de l'éruption, la fièvre, les symptômes spéciaux des *fièvres éruptives*, l'angine pour la *scarlatine*, le catarrhe oculaire et laryngo-bronchique pour la *rougeole*, suffiront pour distinguer ces affections de l'érythème papuleux, éruption circonscrite, sans phénomènes généraux et d'une durée plus longue. Il en est de même de la *roséole simple*, qui est une affection fébrile, caractérisée par des efflorescences maculeuses très petites et très pâles.

L'*urticaire* diffère de l'érythème papuleux et tuberculeux par l'étendue plus large des plaques, par leur coloration centrale, pâle, anémique, entourée d'un cercle rouge, de l'érythème noueux par l'absence des nodosités dures et profondes et de la teinte violacée qu'on observe dans cette forme d'érythème; elle diffère enfin de tous les érythèmes par les démangeaisons violentes qui l'accompagnent, par sa marche irrégulière et sa fugacité.

La teinte violacée lie de vin des *taches purpuriques*, qui ne s'effacent

1. Voy. le *Diagnostic différentiel de l'érysipèle*.

pas par la pression du doigt, ne peut être confondue avec la coloration rouge ou rosée de l'érythème.

Les taches *syphilitiques* avec leur coloration cuivrée particulière, les papules, qui, outre cette même coloration, sont entourées par la collerette de desquamation épidermique si connue sous le nom de collerette de Biett, seront, par ces caractères, facilement distinguées des différentes variétés de l'érythème polymorphe.

Les taches fauves, insensibles de la *lèpre* à son début, ne peuvent en imposer pour des plaques érythémateuses simples qu'au premier aspect et faute d'un examen approfondi.

Pronostic. — Il est toujours favorable. E. Vidal a cité exceptionnellement un cas de mort par congestion pulmonaire, dans le cours d'un érythème polymorphe presque généralisé et fébrile; nous ne connaissons aucun autre fait semblable.

Traitement. — Le traitement qui convient aux érythèmes polymorphes est l'expectation pure et simple, car la maladie se termine d'elle-même, comme nous l'avons dit, et sans complication, dans l'espace de trois ou quatre semaines au plus.

Cependant, si la réaction fébrile est plus vive que d'habitude et accompagnée d'embarras gastrique, il ne faut pas hésiter à administrer un ou deux purgatifs ; on y joindra des boissons délayantes ou acidules et de l'eau alcaline bicarbonatée, de l'eau de Vichy par exemple.

Le traitement local devra se borner à des applications de poudre inertes, amidon, riz ou lycopode. On a aussi employé dans le même but les poudres de sous-nitrate de bismuth, de talc, de vieux bois, etc. Il faudra se garder avec soin des applications de topiques humides et encore davantage des topiques irritants et des corps gras, pommades, onguents, liniments de toute espèce.

Il convient d'éviter aux malades le moindre refroidissement et de les maintenir à une température assez élevée et toujours égale. Nous conseillons le séjour au lit pour les érythèmes papuleux, papulo-tuberculeux et noueux, pendant le premier septenaire, surtout dans les temps froids et humides.

2e GROUPE. — ÉRYTHÈME SCARLATINIFORME.

Cet érythème a reçu tout à tour les noms de *fièvre rouge*, de *fausse scarlatine*, d'*érythème diffus généralisé*, d'*érythème spontané* (Alibert),

d'*érythème généralisé desquamatif*, et enfin *d'érythème scarlatiniforme* (Bazin, Hardy). Il n'est pas décrit par la plupart des auteurs étrangers.

Symptômes. — L'érythème scarlatiniforme est caractérisé par des plaques confluentes, d'un rouge framboisé, finement ponctuées, analogues à celles de la scarlatine, qui apparaissent brusquement et se terminent rapidement par desquamation.

Le début de l'affection est le plus habituellement très brusque, sans prodromes. Parfois cependant, l'éruption est précédée de malaise général et d'état saburral des voies digestives, avec courbature, lourdeur de tête et sentiment de brisement des membres ; mais la fièvre est toujours très modérée.

Dans le plus grand nombre des cas, les plaques rouges apparaissent d'abord soit aux aines, soit aux mains, soit aux membres inférieurs ; elles s'étendent bientôt au tronc et à toute la surface des membres, en provoquant une sensation plus ou moins vive de cuisson ou de démangeaison.

Les rougeurs parues les premières s'effacent au bout de deux ou trois jours, en donnant lieu à une desquamation de caractère variable suivant les régions et dont les progrès suivent ceux de la défervescence. Cette desquamation, presque furfuracée sur les membres et sur le tronc, se fait par larges lambeaux aux mains et aux pieds, comme dans la scarlatine [1].

Pendant et après la desquamation, le malade éprouve souvent à la moindre pression, au moindre attouchement sur la pulpe des doigts, une sensation de picotement assez pénible, de peu de durée d'ailleurs et qui n'existe pas dans tous les cas.

L'érythème scarlatiniforme est essentiellement caractérisé par l'*absence d'angine* ; il existe seulement, parfois, une légère rougeur de la gorge, accompagnée de sécheresse et de gêne dans cette région, mais qui jamais ne peut être confondue avec l'angine scarlatineuse.

La marche de l'éruption est habituellement régulière. Les premières rougeurs disparaissent, comme nous l'avons déjà dit, dès le second jour, quelquefois même à la fin des premières vingt-quatre heures. Vers le quatrième ou cinquième jour, la desquamation est

1. Dans un cas cité par Alibert, les lambeaux d'épiderme étaient si larges, que le sujet, homme de lettres, eut l'idée de les faire tanner. Sur l'un, il fit faire son portrait ; il réserva les autres pour y écrire des quatrains, qu'il envoya à ses amis.

générale; elle cesse bientôt sur les parties où elle est apparue en premier lieu, et au dixième jour, en moyenne, elle est complètement terminée.

Mais on n'observe pas toujours la même régularité dans la marche. Dans quelques cas, dès le quatrième ou le cinquième jour, alors que la desquamation des efflorescences primitives est encore en pleine activité, on voit apparaître une éruption nouvelle [1], qui peut elle-même être suivie d'une troisième poussée.

Dans les cas normaux, la *durée* de la maladie est de un à deux septenaires au plus. Dans les cas exceptionnels où l'on observe plusieurs poussées successives, l'évolution complète est nécessairement plus longue, et sa durée ne peut être déterminée approximativement.

Le **pronostic** est toujours bénin.

Diagnostic différentiel. — C'est surtout avec la *scarlatine* qu'on est exposé à confondre l'érythème scarlatiniforme. Les signes distinctifs sont, pour l'érythème, l'absence d'angine et d'appareil fébrile grave, la fugacité de l'éruption et ses poussées successives. De plus, les prodromes et la marche générale diffèrent complètement dans les deux maladies.

L'*eczéma rubrum aigu* ressemble peu à l'érythème scarlatiniforme; le plus souvent localisé à un membre ou à une région, il est très rarement généralisé, et, quand il le devient, ce n'est qu'après un temps très long. L'éruption de l'eczéma est vésiculeuse au début; elle donne lieu à un suintement rapide et abondant ou se recouvre des squames croûteuses.

Nous croyons superflu d'établir le diagnostic de l'érythème scarlatiniforme avec l'érysipèle.

Etiologie. — Les causes de l'érythème scarlatiniforme sont mal connues. Peut-être faut-il incriminer un vice constitutionnel, l'arthritisme, comme pour l'érythème polymorphe; mais, malgré plusieurs observations positives, il n'existe pas de preuve certaine à cet égard :

1. C'est ce que l'un de nous (Hillairet) a observé chez un de ses malades de l'hôpital Saint-Louis. Un homme de trente-quatre ans, corroyeur, à la suite de douleurs rhumatoïdes remontant à une quinzaine de jours, est atteint brusquement d'érythème scarlatiniforme dont l'apparition coïncide avec la disparition des douleurs. Du deuxième au troisième jour, l'éruption pâlit et se termine par desquamation; mais, le quatrième jour, survient une nouvelle poussée d'érythème généralisé avec courbature, état fébrile et réveil des douleurs articulaires. La guérison définitive fut reculée jusqu'au dix-huitième jour.

dans quelques cas on n'a pu découvrir aucun antécédent rhumatismal ou arthritique.

L'influence des *ingesta* sur le développement de cette éruption a été notée avec raison ; les viandes corrompues, le gibier, le poisson, les moules, les crustacés, tous les aliments excitants semblent pouvoir produire parfois l'érythème scarlatiniforme, comme l'urticaire.

Relativement à l'*âge*, on a reconnu que cet érythème était surtout fréquent dans la seconde enfance et chez l'adulte.

Le sexe ne nous paraît avoir aucune influence. Les saisons et les climats n'en ont pas davantage.

Traitement. — Il est purement expectant ; le repos au lit avec une température modérée, des boissons délayantes, des purgatifs légers, suivant les indications, constituent toute la thérapeutique générale de l'érythème scarlatiniforme. Le traitement local est aussi simple ; il consiste dans l'application de poudres inertes. Il faut éviter les topiques humides et les pommades.

3e GROUPE. — ÉRYTHÈME FUGACE.

Ainsi que son nom l'indique, l'*erythema fugax* est une dermatose éphémère, qui paraît et disparaît avec une grande facilité et que n'accompagne aucune réaction générale. Il est le plus souvent sous la dépendance d'un *trouble momentané de l'innervation vasomotrice* et se produit par *action réflexe*. Quelques auteurs, Rayer, Devergie, etc., ont rattaché à l'érythème fugace toutes les éruptions transitoires qui se développent au début de certaines fièvres graves. Nous pensons en effet que, parfois, les éruptions qu'on observe au début ou dans le cours d'un état fébrile quelconque peuvent avoir pour origine une réaction nerveuse, mais il faut se garder de trop généraliser cette théorie ; d'autres éruptions, les rashs par exemple, reconnaissent vraisemblablement pour origine première l'altération de la crase sanguine et l'intoxication générale de l'économie, et le système nerveux ne doit avoir dans leur production qu'une influence de second ordre et un rôle intermédiaire.

L'érythème fugace est caractérisé par une rougeur plus ou moins foncée qui apparaît subitement et atteint d'emblée son maximum d'intensité. Les plaques rouges occupent habituellement une étendue assez limitée de la surface du corps, rarement un membre tout entier ;

elles sont très circonscrites, irrégulières, lisses et parfois luisantes; leur siège de prédilection est au devant de la poitrine, sur le cou et sur la face. Cet érythème ne dure souvent que quelques instants; il ne persiste jamais au delà de deux ou trois jours; il produit à peine une légère tension de la peau, un peu de cuisson, jamais de démangeaison ni de douleur véritable, et n'occasionne pas de desquamation apparente.

Le type de l'erythema fugax est cette coloration rouge du visage qui apparaît subitement sous l'influence d'une émotion vive; c'est aussi la rougeur de la peau qui se produit, spécialement chez les femmes, quand on leur découvre la poitrine, et qui est communément désignée sous le nom *d'érythème pudique*. Cet érythème peut d'ailleurs se développer avec les mêmes caractères sur différentes parties du corps.

Il est une autre variété d'érythème fugace qui accompagne des états fébriles divers, dans lesquels la dépression du système nerveux est très marquée. Cette variété, qui est produite, comme la précédente, par un trouble fonctionnel des vaso-moteurs, n'est pas aussi passagère que l'érythème émotif; sa durée peut se prolonger pendant quatre ou cinq jours. Sa marche n'est pas toujours non plus aussi régulière; les efflorescences peuvent apparaître par poussées successives qui leur donnent une certaine ressemblance avec l'urticaire; toutefois la confusion est impossible, à cause de la saillie plus considérable des plaques ortiées, de leur coloration spéciale et des vives démangeaisons dont elles sont le siège.

On observe encore l'érythème fugace chez les nouveau-nés et chez les jeunes enfants au moment de la dentition; il siège alors aux fesses, aux cuisses, au tronc, quelquefois à la face (rougeurs ou feu de dentition).

La principale cause de l'érythème fugace est la prédominance du tempérament nerveux et sanguin, et, même dans les cas où cet érythème est symptomatique d'une affection fébrile, il ne se développe que chez les individus doués d'une impressionnabilité particulière. On a dit que les arthritiques y étaient plus prédisposés que les autres, mais il faut reconnaître que l'influence de l'arthritisme n'est pas différente ici de ce qu'elle est dans toutes les maladies de la peau.

L'érythème fugace est toujours d'un pronostic bénin et n'exige aucun traitement.

4e GROUPE. — ÉRYTHÈMES SYMPTOMATIQUES DES MALADIES INFECTIEUSES.

Des efflorescences cutanées peuvent se développer au début, dans le cours ou au moment de la terminaison de certaines maladies générales, principalement des maladies infectieuses. Nous avons déjà décrit brièvement, dans le chapitre de séméiologie générale (pages 70 et 71) ces érythèmes symptomatiques, dont les principaux sont :

Les *rashs varioliques;*

L'*érythème cholérique* (mamelonné de Hardy, qu'il ne faut pas confondre avec l'érythème mamellé d'Alibert et de Devergie; cet érythème mamellé n'est qu'une variété de l'érythème multiforme déjà décrit) ;

L'*érythème diphthéritique*, décrit pour la première fois par Germain Sée ;

Les érythèmes secondaires de l'*infection purulente* et de toutes les affections pyoémiques.

Ces différentes variétés d'érythème ne présentent, au point de vue objectif, aucun caractère particulier.

5e GROUPE. — ÉRYTHÈME PAR TROUBLE TROPHIQUE DE LA PEAU.

On sait que des lésions cutanées multiples ont été signalées dans le cours des affections du système postérieur de la moelle épinière (ataxie locomotrice) et à la suite des plaies des nerfs. Les troubles nutritifs de la peau, bien étudiés par *Charcot* et *Brown Séquard* [1], *Vulpian* [2], *Paget* [3], *Weir Mittchell*, *Keen*, *Morehouse* [4], *Lockart-Clarke*, etc., consistent tantôt en éruptions vésiculeuses et bulleuses, tantôt en efflorescences érythémateuses.

L'érythème a été surtout bien décrit par Mougeot [5]; il est constitué par une rougeur uniforme, lisse et luisante de la peau, décrite par les Américains sous le nom de Glossy Skin. Cette rougeur est plus ou moins foncée, tantôt pâle, tantôt violacée comme les engelures; elle

1. Voy. *Journal de physiologie*, t. II, p. 108, 1859.
2. Voy. *Archives de physiologie*, 1872, p. 245.
3. *Med. Times*, t. I, p. 331, 1864.
4. Mittchell, Morehouse et Keen, *Gunshot wounds and other injuries of nerves*. Philadelphia, 1864. — W. Mittchell. *Injuries of nerves and their consequences*. Philadelphia, 1872.
5. Voy. Mougeot, thèse de Paris, 1867, n° 43, et Couyba, thèse de Paris, 1871.

est toujours accompagnée de douleurs très vives (causalgie). Elle siège de préférence aux extrémités, et spécialement aux doigts, aux orteils, à la paume des mains et sur le dos du pied ; elle est le plus souvent étendue en nappe, quelquefois aussi circonscrite sous forme de plaques arrondies, séparées par des intervalles de peau saine (Couyba). Au bout d'un certain temps, l'épiderme des surfaces érythémateuses s'exfolie, et il n'est pas rare de voir celles-ci se couvrir de crevasses et d'ulcérations.

II. — Erythèmes pathogénétiques.

Beaucoup de médicaments, en s'éliminant par la peau, peuvent déterminer des efflorescences érythémateuses, le plus souvent très fugaces, et qui d'ailleurs ne présentent pour la plupart aucune gravité. Nous avons déjà mentionné les principales variétés de ces érythèmes pathogénétiques à propos de la *séméiologie générale des taches cutanées* (pages 72 et 73) ; nous ne reviendrons sur leur histoire que pour y ajouter quelques détails complémentaires.

Les érythèmes *copahique*, *iodique* et *chloralique* ont été suffisamment décrits ; ceux qui sont produits par l'absorption du *bromure de potassium* et des préparations de *belladone* et de *stramonium* ne méritent aucune description spéciale, non plus que l'*érythème hydrargyrique*, dont l'existence est très douteuse.

L'érythème que détermine parfois l'ingestion de l'*ergot de seigle*, poussée jusqu'à l'intoxication, présente les caractères morphologiques habituels de la plupart des érythèmes. Ce sont des plaques rouges d'étendue variable, peu ou point saillantes, disparaissant momentanément sous la pression du doigt. Mais le pronostic de cet érythème est très grave, car son apparition n'est souvent que le phénomène précurseur d'une gangrène cutanée qui, une fois produite, s'étend alors avec une effrayante rapidité.

L'*érythème* quinique ne doit être admis qu'avec une grande réserve ; il est certain que les ouvriers qui fabriquent le sulfate de quinine sont fréquemment atteints d'érythème de cause externe, déterminé par l'action irritante locale du médicament ; mais rien ne prouve que l'usage interne de la quinine puisse provoquer un érythème de même nature.

L'*érythème arsenical* signalé pour la première fois par M. Imbert-Goubeyre (de Clermont-Ferrand) aurait été observé par Bazin. Nous ne l'avons pour notre part jamais rencontré, même après l'administration prolongée de doses élevées d'arsenic, et les observations de M. Imbert-Goubeyre ne nous semblent pas présenter toute la rigueur désirable. L'érythème arsenical serait représenté par des taches d'un rouge bistré, assez semblables aux taches que laisse le psoriasis après la chute des squames; ce sont peut-être ces taches psoriasiques qu'on a considérées à tort comme des taches érythémateuses spéciales, chez les malades soumis au traitement arsenical.

Nous ne voulons pas multiplier davantage les érythèmes pathogénétiques; tous ces érythèmes suivent une marche à peu près semblable; leur évolution est toujours très rapide; ils disparaissent avec la cessation du médicament. Quelques-uns sont à peu près indolores; d'autres, comme l'*érythème copahique*, donnent lieu à des démangeaisons insupportables; ce dernier, en raison du gonflement inflammatoire et de l'œdème qu'il détermine parfois, non seulement sur la peau, mais sur les muqueuses de la gorge et des voies aériennes, peut occasionner des accidents graves de dyspnée et même de suffocation. A part ces complications exceptionnelles, qui n'appartiennent qu'aux érythèmes produits par l'ingestion des *balsamiques* [1], les érythèmes pathogénétiques sont toujours d'un pronostic bénin et ne demandent aucun traitement.

III. — Erythèmes de cause externe.

Les érythèmes produits par les agents extérieurs reconnaissent des causes multiples : le frottement, la pression prolongée, l'application sur la peau de substances irritantes, le froid, la chaleur, etc.

1. J'ai eu l'occasion de voir un étudiant en médecine qui, au début d'une blennorrhagie aiguë, se traita par la térébenthine à doses massives (10 à 12 capsules par jour). Le 3e jour, ce jeune homme fut atteint d'un *érythème balsamique* généralisé, avec gonflement de la face et des extrémités, et tuméfaction de la muqueuse buccale. La nuit suivante il fut réveillé par un *accès de suffocation* si pénible qu'il m'envoya chercher en toute hâte, demandant avec instance qu'on lui fit la trachéotomie. Sous l'influence de quelques inhalations d'éther ou, peut-être, spontanément, la dyspnée diminua peu à peu et finit par devenir supportable. L'érythème persista encore pendant 4 ou 5 jours et disparut sans autre accident. — E. G.

L'*érythème intertrigo* est celui qui se montre chez les enfants gras et malpropres et chez les personnes, les femmes surtout, pourvues d'un embonpoint considérable. Il est produit par le frottement de deux surfaces cutanées l'une contre l'autre et siège, par conséquent, dans les régions où la peau présente des plis profonds et se trouve en contact avec elle-même. C'est le plus souvent à la partie interne et supérieure des cuisses, entre les fesses et aux parties génitales, aux aines, aux aisselles et sous les mamelles, qu'on observe l'intertrigo. Sa production est grandement favorisée par l'action des sécrétions cutanées irritantes et très acides chez les arthritiques.

La rougeur de l'intertrigo est, au début, d'une nuance assez vive, surtout dans les points qui sont le plus soumis aux frottements, et elle va en pâlissant à mesure qu'on s'approche de la périphérie des plaques érythémateuses. Au bout d'un certain temps, le séjour des sécrétions cutanées à la surface de la peau enflammée produit une sorte de macération de l'épiderme, d'où résultent des *excoriations superficielles* et un *suintement séro-purulent* d'une odeur fade et quelquefois très fétide. Ces excoriations, le plus souvent étroites et allongées, siègent alors dans le fond des plis de la peau; d'autres fois, elles sont irrégulièrement arrondies, plus étendues en surface : c'est ainsi qu'elles se présentent d'ordinaire sur les fesses et aux parties génitales.

Il existe une variété d'intertrigo qui mérite une mention spéciale : c'est celui qu'on observe chez les *diabétiques* et qui a été signalé pour la première fois par Marchal (de Calvi) comme un symptôme important du diabète sucré. Il siège le plus habituellement aux grandes lèvres chez les femmes, et dégénère facilement par le grattage en eczéma génital. Cet intertrigo n'est pas exclusivement de cause externe : il est produit par le contact irritant de l'urine sucrée; mais son apparition est préparée et sa persistance entretenue par le mauvais état général et par le défaut de résistance de la peau, qui souffre dans sa nutrition du fait de l'altération du sang.

Toutes les humeurs excrémentitielles, en s'écoulant sur les téguments, peuvent, par leur abondance excessive, ou par l'altération de leur composition normale, déterminer des érythèmes : tels sont l'érythème des narines et de la lèvre supérieure dans le *coryza*, l'érythème des cuisses dans la *leucorrhée* et dans l'*incontinence d'urine*, l'érythème des fesses, du périnée et du pourtour de l'anus dans la *dysenterie* et chez les *gâteux*, etc. Tous ces érythèmes de cause

externe ont été décrits par M. Hardy comme des variétés de l'érythème simple [1].

L'*érythème des nouveau-nés* se rapproche beaucoup des précédents; il est produit par l'action des déjections et siège aux fesses et aux cuisses; quelquefois il s'étend aux jambes, jusqu'aux malléoles. Son développement est favorisé par l'état débile du sujet, à tel point qu'on l'observe presque exclusivement dans les asiles d'enfants trouvés, où il est symptomatique de cette cachexie infantile connue sous le nom d'inanition (Valleix) ou d'athrepsie (Parrot).

Il faut se garder de confondre l'érythème des nouveau-nés, caractérisé par son siège tout à fait spécial et par l'état général grave dont il n'est qu'une manifestation, avec l'érythème infantile qui survient au moment de la dentition et que nous avons mentionné précédemment comme une variété de l'érythème fugace.

L'*érythème paratrime* (erythema paratrima) est celui qui succède à une pression continue; on l'observe surtout dans les fièvres graves, spécialement dans la fièvre typhoïde, à la suite d'un décubitus prolongé, dans les cas de fractures et dans toutes les affections qui exigent un long séjour au lit. Il siège au coccyx, au niveau des ischions ou des grands trochanters, aux coudes et partout où la peau est comprimée entre le matelas et une surface osseuse. C'est cet érythème qui se termine quelquefois, à la région sacrée principalement, par la production d'eschares superficielles dont la chute est suivie d'ulcérations très douloureuses et très longues à guérir.

On donne le nom d'*erythema læve* (érythème lisse ou luisant) à une éruption de taches rouges irrégulières, dont la surface est uniformément unie et luisante, et qu'on observe sur les membres œdématiés, le plus souvent sur les membres inférieurs. Déjà signalé par Bateman, bien décrit par Gibert, Rayer, Devergie, etc., cet érythème n'est pas, à proprement parler, le résultat d'une cause extérieure; il est déterminé mécaniquement, de dedans en dehors, par la distension de la peau, résultant de l'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané.

L'*érythème pernio* n'est autre chose que l'*engelure*, le premier degré de la froidure (Gerdy) ou action du froid sur la peau. Les téguments, dans l'engelure, présentent une rubéfaction assez semblable à celle de la brûlure au premier degré, qui sera décrite plus loin sous le nom

1. Voy. *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. 14.

d'érythème igné. Ils prennent une coloration rosée ou violacée, qui disparaît momentanément sous la pression du doigt. La phlogose atteint non seulement le derme, mais le tissu cellulaire sous-cutané; la peau est gonflée, tendue, rénitente. La douleur est modérée quand la partie enflammée est soumise à une température peu élevée; mais, par l'action de la chaleur, elle devient plus vive; elle consiste en démangeaisons et en picotements très pénibles. L'érythème pernio siège surtout aux doigts et aux orteils, qui se tuméfient d'une façon tout à fait caractéristique; quand il disparaît, l'épiderme se ride et s'exfolie. On l'observe presque exclusivement chez les jeunes sujets lymphatiques ou scrofuleux; il n'est pas rare chez eux de le voir se reproduire tous les hivers et passer en quelque sorte à l'état chronique.

L'*érythème igné* (erythema per-adustionem) est le premier degré de la brûlure, produite soit par le calorique rayonnant, soit par le contact d'un liquide au-dessous de 100°. Cet érythème est caractérisé par une rougeur diffuse de la peau accompagnée d'une légère tuméfaction et d'une douleur cuisante. Il est souvent passager et se termine alors rapidement par une desquamation furfuracée; mais, par la répétition incessante des causes qui le produisent, il ne tarde pas à devenir chronique : tel est celui qui siège sur le visage, sur les mains et les avant-bras des forgerons, des serruriers, des chauffeurs, des fondeurs de métaux, etc., etc., à la partie interne des cuisses des vieilles femmes qui font abus de la chaufferette. La peau ainsi enflammée chroniquement se ride, s'indure, s'épaissit et se couvre de vergetures et de marbrures; c'est cet état qui donne un aspect si caractéritique à la peau de la face chez les ouvriers qui soufflent le verre [1].

L'*érythème solaire* (erythema à solare. — Bazin) présente à peu près les mêmes signes physiques que le précédent; il est connu communément sous le nom de *coup de soleil*. Nous avons déjà signalé (page 74) l'action prédominante des rayons chimiques sur la production de l'érythème solaire, d'après les expériences de Charcot et de Perroud (de Lyon). Cet érythème est accompagné d'une douleur cuisante modérée; il a une durée très limitée et se termine par desquamation.

C'est à l'érythème solaire qu'il faut rattacher l'*érythème pellagroïde ou pseudo-pellagreux*, variété décrite par certains auteurs et qui diffère de l'érythème pellagreux proprement dit en ce que la lésion cutanée

1. Voy. Follin, *Pathologie externe*, t. I, p. 524.

est isolée et n'est pas accompagnée des symptômes habituels de la pellagre (troubles digestifs et accidents nerveux) [1].

Les érythèmes déterminés par l'*application de substances irritantes* sur la peau (*erythema ab acribus*) forment une classe nombreuse. Tous les agents chimiques à l'état liquide ou pulvérulent, toutes les pommades médicamenteuses peuvent produire des érythèmes. Nous citerons principalement les variétés suivantes : l'érythème qui succède parfois aux frictions d'*onguent mercuriel* et qui n'est que le début d'une espèce d'eczéma artificiel; l'érythème produit par l'action locale du *sublimé* en solution forte, par l'action de l'*ammoniaque liquide*, de l'*huile de laurier-cerise* (Rayer), et celui qui succède aux *applications cantharidiennes*.

Tous ces érythèmes se présentent sous l'aspect de plaques rouges irrégulières, assez exactement limitées au lieu d'application des substances irritantes, accompagnées d'une cuisson très vive. Leur durée est très courte et s'étend rarement au delà d'un septenaire; ils se terminent par une légère exfoliation de l'épiderme.

Les *érythèmes de cause externe, envisagés d'une manière générale*, ne diffèrent entre eux que par leur étiologie; il n'y a pas de caractère objectif qui permette de les distinguer les uns des autres. Ils sont tous constitués par des plaques irrégulières, plus ou moins larges, d'une coloration d'un rouge variable, étendue en nappe, sans aucune saillie appréciable.

Leur diagnostic différentiel est donc impossible à établir sans la connaissance de la cause qui les a produits.

Leur pronostic est toujours favorable, car il suffit de supprimer l'agent irritant pour arrêter la marche de l'éruption.

Le *traitement* qui convient aux érythèmes de cause externe est des plus simples. Il faut tenir les malades au repos et à une température douce, éviter les topiques humides, irritants et les corps gras, faire usage de poudres inertes, telles que poudre d'amidon ou de lycopode, oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, et, dans quelques circonstances, de poudre de quinquina.

Dans l'intertrigo il est très important d'éviter le contact des deux surfaces cutanées l'une avec l'autre et, par conséquent, d'interposer

1. Voy. le chapitre relatif à la pellagre.

entre elles un corps isolant, un linge fin, par exemple, ou un topique pulvérulent.

L'engelure et l'érythème igné ou solaire doivent être traités par des lotions quotidiennes de solution de chlorhydrate d'ammoniaque au dixième. S'il existe des excoriations ou des soulèvements de l'épiderme, il est bon d'employer le liniment oléo-calcaire.

Le traitement interne doit être nul, à moins d'accidents d'embarras gastrique qu'il convient de combattre par les moyens ordinaires.

APPENDICE [1]

ACRODYNIE

Synonymes. — Erythème épidémique (Alibert), chiropodalgie (Bally), phlegmasie gastro-cutanée aiguë multiforme, etc. La dénomination d'acrodynie (de ἄκρεα, extrémités, et ὀδύνη, douleur) est due à Chardon [2].

Définition. — C'est une affection caractérisée par des fourmillements et des engourdissements douloureux dans les membres, par un érythème spécial des extrémités, quelquefois par une coloration noirâtre de la peau et par des troubles digestifs constants.

Historique. — On a rapproché l'acrodynie, non sans quelque raison, d'une maladie observée en Italie au siècle dernier et décrite sous le nom de *pedionalgia epidemica* (San-Marino, 1762); mais l'identité des deux affections n'est pas absolument prouvée, et la première étude sérieuse de l'acrodynie remonte seulement à l'épidémie de 1828.

Cette épidémie, qui sévit à Paris et dans les environs, prit naissance au mois de juin 1828, dans un hospice de vieillards du Petit-Montrouge, connu sous le nom d'infirmerie Marie-Thérèse. La maladie s'étendit bientôt aux quartiers voisins, depuis le faubourg Saint-Marceau jusqu'au faubourg Saint-Germain; toute la rive gauche de la Seine fut principalement éprouvée. L'épidémie sévit surtout avec violence dans

1. L'acrodynie et la pellagre, que nous décrivons à la suite des dermatoses érythémateuses, n'appartiennent pas en propre à la dermatologie. Ce sont des *maladies générales*, à manifestations multiples; mais, comme elles présentent l'une et l'autre des lésions cutanées de la plus haute importance, c'est à ce titre qu'elles doivent trouver place dans cet ouvrage.

2. Voy. Chardon fils, *De l'acrodynie*. (*Revue médicale*, 1830, t. III.)

les casernes et, particulièrement, dans celles de Lourcine, de la Courtille et de l'Ave-Maria; mais, au bout de quelque temps, elle était répandue dans toute la ville : « Au mois d'octobre, après cinq mois de durée, elle avait atteint près de 40 000 individus; elle diminua pendant l'hiver, pour reprendre avec une nouvelle intensité vers le mois de mai de l'année 1829 [1]. » (Vidal.)

Autour de Paris, la maladie fut observée successivement à Saint-Germain-en-Laye, à Noyon et à Meaux en 1828, à Coulommiers, à Montmirail, à La Fère-Champenoise pendant l'automne de 1829. A Paris, l'épidémie ne s'éteignit complètement qu'en 1832; après cette date, on n'observa plus que des cas sporadiques.

A la même époque, de 1830 à 1832, les médecins de l'armée anglaise dans l'Inde observaient, sur les soldats des détachements stationnés au Bengale, une maladie qui a été décrite par Malcolmson sous le nom de *Burning of the Feet*, et par Ballingall sous celui de *brûlure des mains et des pieds* (*Outlines of military surgery*, 1855). Cette maladie présentait tous les caractères de l'acrodynie observée à Paris.

Une nouvelle épidémie, de moins d'importance, se montra de 1844 à 1846, en Belgique, dans la ville de Bruxelles et principalement dans les prisons de Saint-Bernard, de Gand et de Namur [2].

Enfin en 1854, pendant la guerre de Crimée, l'acrodynie apparut dans l'armée d'Orient, et, dans les ambulances françaises de Constantinople, M. Tholozan put en observer un certain nombre de cas, dont on trouve la relation dans la *Gazette médicale* de 1861 [3].

Il n'y a pas eu de nouvelle épidémie en France ou à l'étranger depuis cette époque, et l'on n'a plus signalé que quelques cas très rares d'acrodynie sporadique.

Etiologie. — Dans les diverses épidémies, et particulièrement dans l'épidémie de Paris (1828), qui doit être étudiée comme type, la maladie frappa surtout les hommes, les adultes et les vieillards plutôt que les enfants, les pauvres plutôt que les riches.

1. Voir dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences méd.*, t. I, p. 654, l'excellent article d'Emile Vidal, qui nous a beaucoup servi pour la rédaction de ce chapitre.

2. Voy. Vleminkx, *Bull. de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1845 et 1846. t. V. — Rapport sur les relations de l'épidémie de la prison de Saint-Bernard, par MM. Tosquinet et Stacquez; sur celle de la maison de détention des femmes, à Namur, par M. Camberlin; de la prison de Gand, par M. Mareska.

3. Voy. Tholozan, *De l'acrodynie qui s'est montrée en octobre et novembre 1854 dans l'armée d'Orient, etc.* (*Gaz. méd. de Paris*, 1861, p. 647, 661, 688, 724 et 821).

Comme causes de l'acrodynie [1], on a tour à tour invoqué le froid et l'humidité (pour les casernes), la vie sédentaire (pour les hospices et les prisons), l'excès de fatigue, l'encombrement, etc. Toutes ces causes peuvent avoir leur part d'influence, car elles créent toutes un *état d'affaiblissement de l'organisme*, état définitif ou momentané, qui constitue une grave prédisposition aux atteintes des maladies épidémiques. Mais la cause première de l'acrodynie nous échappe. Il est possible que ce soit une infection, car la maladie, dans l'épidémie de Paris, semblait concentrée dans certains lieux, comme la caserne de la Courtille et celle de Lourcine, par exemple, où tous les bataillons qu'on y faisait venir étaient frappés successivement, malgré les travaux d'assainissement exécutés dans l'intervalle de deux séjours.

Ajoutons que l'alimentation n'a paru avoir aucune influence sur le développement de l'acrodynie et que sa contagion, cependant très probable, n'a pas été démontrée.

Symptômes. — Tous les auteurs, qui ont décrit les diverses épidémies d'acrodynie, ont reconnu à cette maladie des symptômes multiples, dont la fréquence, l'importance et l'ordre de succession varièrent suivant les cas.

On peut cependant classer de la manière suivante les principales manifestations de l'acrodynie : 1° troubles de la sensibilité et phénomènes nerveux; 2° troubles digestifs; 3° altérations de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et de la muqueuse oculaire.

1° Les *troubles de la sensibilité* consistaient en *fourmillements* ou *picotements*, en *élancements* quelquefois très douloureux et en une sensation d'*engourdissement* dans les mains et dans les pieds à la fois, ou dans les pieds seulement. L'engourdissement était le phéno-

1. On consultera spécialement, sur l'acrodynie, outre les ouvrages déjà cités, les travaux suivants :
Chomel, *Bull. de l'Acad. de médecine*, 1828.
Hervez de Chégoin, *Journal gén. de médecine*, 1828, 3e série, t. VIII, p. 15.
Biett, *Journal hebdom. de médecine*, 1829, t. IV, p. 300.
Clairat, thèses de Paris, 1829, n° 6.
Compte rendu des observations de la clinique de Cayol, 1829 (*Revue méd.*, 1830, t. II, p. 48). — *Cayol est le médecin qui observa les premiers cas d'acrodynie à l'infirmerie Marie Thérèse.*
Bally, *Revue méd.*, 1830, t. II, p. 48.
Adelon et Andral, *Lancette française*, t. II, p. 68.
Dance, art. Acrodynie du *Dict. de méd.*, 2e éd., 1832.
Rayer, *Traité des mal. de la peau*, t. III, 1835.
Monneret, *Compendium de méd.*, t. I, p. 28.
Gintrac, *Pathologie interne*, t. V.

mène le plus précoce et le plus durable; les fourmillements dépassaient quelquefois les pieds et les mains et s'étendaient à la jambe, à l'avant-bras et même plus loin encore; les élancements douloureux étaient habituellement localisés aux malléoles et aux poignets; ils étaient plus intenses la nuit que le jour. Indépendamment de ces douleurs spontanées, la peau était le siège d'une *hyperesthésie* telle que le plus léger contact causait quelquefois de très vives souffrances, un sentiment de cuisson brûlante ou des picotements aigus.

La *myotilité* était quelquefois altérée, mais toujours à un moindre degré. Des crampes, des soubresauts de tendons, un état de demi-parésie des doigts ou des orteils ou de véritables paralysies partielles, des contractures douloureuses affectant, dans certains cas, les caractères habituels de la tétanie : tels ont été les troubles moteurs les plus fréquents dans l'épidémie de Paris.

Aucun observateur ne fait mention de troubles intellectuels.

2° Les *troubles digestifs* étaient constants, surtout dans la période d'invasion. C'étaient de l'anorexie, des nausées, des vomissements, rarement des hématémèses; une diarrhée abondante et persistante accompagnée de coliques et d'épreintes, quelquefois sanguinolente et dysentériforme. M. Tholozan a signalé aussi, dans son mémoire, des accidents cholériformes.

3° Les *altérations de la peau*, que nous allons maintenant décrire, étaient accompagnées d'œdème des extrémités, de bouffissure de la face, quelquefois d'anasarque; l'infiltration du tissu cellulaire des paupières était aussi fréquemment compliquée de conjonctivite oculaire et palpébrale (Genest).

La *lésion cutanée* caractéristique de l'acrodynie, celle qui a attiré spécialement l'attention des dermatologistes sur cette maladie, était un *érythème* plus ou moins précoce de la *paume des mains* et de la *plante des pieds* (d'où le nom d'*érythème épidémique* donné à cette affection par Alibert). L'érythème acrodynique, d'une coloration plus vive sur la face palmaire des phalanges que dans la paume de la main proprement dite, ressemblait un peu à l'érythème pernio, mais il était très nettement limité par un liseré rouge à l'union de la région plantaire ou palmaire avec le dos du pied et de la main.

Diverses éruptions érythémateuses, papuleuses, vésiculeuses ou même pustuleuses apparaissaient en même temps sur divers points du corps; on constata aussi des ecchymoses sur les jambes.

Enfin la peau se recouvrait souvent sur le ventre, sur le cou et au niveau des plis de flexion articulaire, d'une teinte noirâtre ou brunâtre, assez semblable à la mélanodermie d'Addison.

L'érythème des extrémités, accompagné de *sueurs locales* très abondantes, se terminait, après un temps variable, par la desquamation de l'épiderme, qui se détachait par larges lambeaux comme dans la scarlatine.

Les divers symptômes que nous venons d'énumérer présentèrent une intensité variable suivant les épidémies et suivant les individus ; la marche de la maladie était toujours très irrégulière ; sa durée, qui dépassa toujours une semaine, se prolongea quelquefois au delà de plusieurs septenaires.

Dans tous les cas, l'acrodynie fut toujours *complètement apyrétique ;* mais elle produisait rapidement un amaigrissement considérable et une perte des forces qui nécessitait une convalescence très longue ; *rarement elle se termina par la mort.*

Diagnostic. — L'acrodynie est une entité morbide spéciale caractérisée par l'association des trois ordres de symptômes : troubles nerveux, troubles digestifs, altérations cutanées. Elle diffère de la *pellagre* par sa *marche aiguë*, par son pronostic presque toujours favorable, par la localisation particulière de l'érythème aux régions palmaire et plantaire, par les douleurs des extrémités, par l'absence de troubles intellectuels.

L'*ergotisme convulsif*, indépendamment de sa cause spécifique (empoisonnement par l'ergot de seigle), présente à considérer, outre les élancements douloureux et l'engourdissement des extrémités qu'on constate également dans l'acrodynie, des troubles cérébraux, délire, aliénation mentale, convulsions épileptiformes, des éruptions pustuleuses et même des accidents gangréneux, qui suffisent, croyons-nous, pour établir le diagnostic.

Traitement. — Aucune médication n'a paru avoir d'action spécifique sur l'acrodynie. Récamier prescrivait le *suc de l'oseille*, qui, en effet, avec la salade et quelques autres aliments acides, étaient les seules substances tolérées par les malades, pendant les crises de vomissements. Mais ce traitement n'abrégeait pas la durée de la maladie, qui guérissait toute seule.

PELLAGRE

Définition. — Nous définirons la pellagre, avec Ch. Bouchard [1], « une maladie générale, chronique, à exacerbations vernales, caractérisée spécialement par des désordres très variés du tube digestif et de l'axe cérébro-spinal, et amenant, sous l'influence de l'insolation, des *érythèmes* limités aux parties frappées directement par les rayons solaires. »

On voit, d'après cette définition, que la pellagre est une *maladie générale, dont l'érythème n'est qu'un des trois symptômes principaux.* Il est donc impossible de décrire l'érythème pellagreux en dehors de la maladie qui lui donne naissance; mais on comprendra que, dans un traité de dermatologie, nous insistions particulièrement sur les accidents cutanés de cette maladie.

Synonymie. — Pellagra, lepra lombardica, mal del padrone, pellarella, mal della miseria, mal del sol, etc., *en Lombardie.*

Pellarina, scottatura di sole, mal della spienza, scorbut alpin, etc., *en Vénétie.*

Mal de la Rosa, *dans les Asturies.*

Mal de La Teste, gale de Saint-Aignan, gale de Saint-Ignace, pelade, pellagre, *dans les Landes.*

Pelagra, dartre maligne, *dans les Pyrénées.*

Erythème endémique (Alibert), lepra Asturiensis (Sauvages, in *Nosographie médicale*).

1. Voy. Ch. Bouchard, *Nouvelles recherches sur la pellagre.* Paris, Savy, 1862.
Nous ferons, pour la rédaction de cet article, de larges emprunts au traité de M. Bouchard, qui peut être considéré à juste titre comme le meilleur ouvrage que nous possédions sur la pellagre.
On consultera aussi avec fruit sur ce sujet les travaux suivants :
Traité de la pellagre, par Théophile Roussel. Paris, 1845.
Les mémoires du Dr Hameau sur le *mal de La Teste ou pellagre des Landes*, in *Journal de médecine pratique de Bordeaux*, 1829 et années suivantes.
Les leçons cliniques de Landouzy (de Reims) sur la *pellagre sporadique*, 1860, 1861, 1862.
De la pellagre en Italie, spécialement chez les aliénés, par E. Billod (Angers, 1860).
Etiologie et prophylaxie de la pellagre, par Costallat (de Bagnères-de-Bigorre).
Annales d'hygiène, janvier 1860.
La pellagre dans la Gironde, par E. Gintrac, Bordeaux, 1863, et le rapport de M. Hillairet à la société médicale des hôpitaux de Paris (avril, 1863) sur le mémoire de Gintrac.
Etc., etc.

Historique. — Cette maladie, connue depuis longtemps des paysans sous des noms divers, n'a été décrite par les médecins que depuis un siècle et demi environ.

C'est en 1755 que parut le premier travail sur le *mal de la Rosa* des Asturies, par *Thierry*, médecin français attaché à l'ambassade d'Espagne ; mais la maladie avait été découverte antérieurement (en 1730), par *Gaspar Casal* (d'Oviédo), dont les observations ne furent mises au jour qu'après le mémoire de Thierry.

C'est aussi vers 1755 que la pellagre fut observée et décrite dans les Etats de Venise par *Antonio Pujati* (de Padoue), dont les travaux furent seulement publiés en 1776, par un de ses disciples, *Jacopo Odoardi*. En Vénétie, la maladie était connue sous le nom de *scorbut alpin;* on la considérait comme une affection spéciale, propre au pays.

Mais, dès 1771, *Francesco Frappoli* (de Milan) avait décrit la *pellagre lombarde*, sans savoir qu'elle était identique au scorbut alpin. D'autres travaux dus à *Zanetti* (1769), à *Gherardini* (1780), à *Strambio* (1786), achevèrent de faire connaître la *pellagra*, qui sévissait depuis longtemps sur les populations lombardes.

Ce ne fut qu'en 1789 que *Francesco Fanzago*, qui était venu de Milan à Padoue, démontra l'identité de la *pellagra* lombarde avec le *scorbut alpin* des États de Venise. On reconnut bientôt que la pellagre était endémique dans toute la haute Italie, et en 1796 *Thouvenel*, un Français, apprit aux Italiens que la pellagre était la même maladie que le *mal de la Rosa*, décrit en Espagne par Thierry.

La pellagre ne fut observée en France que plus tard, et sa découverte dans les Landes appartient au Dr *Hameau* (1818), qui, ne connaissant pas les travaux de Thierry, la décrivit sous le nom de *mal de La Teste* [1]. Mais *Gintrac* et *Bonnet* d'une part, *Arthaud* de l'autre, signalèrent l'identité du mal de La Teste avec la pellagre lombarde et le mal de la Rosa. Des travaux ultérieurs dus à *Léon Marchant*, *Gintrac*, *Th. Roussel*, etc., montrèrent que l'endémie pellagreuse n'était pas bornée aux Landes, mais qu'elle s'étendait à toute la région méridionale et occidentale de la France (la Gironde, la Haute-Garonne, l'Aude, les Hautes et les Basses-Pyrénées, les Pyrénées-Orientales).

A l'état ENDÉMIQUE, la pellagre n'a pas été signalée dans d'autres pays que les régions ci-dessus mentionnées de l'Espagne, de l'Italie et

1. La Teste-de-Buch, petite ville du bassin d'Arcachon.

de la France, et, plus récemment, la Grèce, où, d'après les recherches d'un médecin d'Athènes, *Pretenderis Typaldos* [1] (1866), elle existerait dans l'île de Corfou.

Mais la PELLAGRE SPORADIQUE, quoique beaucoup moins fréquente, possède un domaine plus étendu. On a observé des cas isolés de pellagre à *Vienne* (Aloysius Careno, 1794), en *Westphalie* (Brandis et Gmelin), en *Grèce* et surtout en *France*, dans des départements très éloignés les uns des autres [2] : à Paris (le premier cas observé en 1842, par Th. Roussel, dans le service de Gibert, à l'hôpital Saint-Louis), dans l'Allier, dans la Haute-Vienne, dans la Charente, en Normandie (Duchesne-Duparc), en Sologne (Thouvenel, dès 1796), en Auvergne, dans le Rhône (Ch. Bouchard), etc., et surtout dans la Marne, où la pellagre sporadique a été savamment étudiée, à partir de 1852, par *Landouzy* (de Reims), avec une persévérance peu commune.

Mais le champ d'observation de la pellagre s'étendit encore davantage, grâce aux travaux de *Billod*, qui décrivit le premier la PELLAGRE DES ALIÉNÉS (1855) et fit voir son identité avec la pellagre commune. D'abord dans l'asile de Rennes, puis dans celui de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), et successivement dans les asiles d'aliénés de Maréville, de Dijon, de Nantes, du Mans, de Quimper, de Pau, etc., Billod démontra l'existence de la pellagre consécutive à l'aliénation. Antérieurement, d'ailleurs, des faits semblables, considérés à tort comme de nouveaux exemples de pellagre sporadique, avaient été observés, dans l'asile de Pau, par Cazenave (1849), et, dans les asiles de Blois et de Saint-Dizier, par Merier (1851), qui n'avaient pas saisi le lien étiologique de la folie et de la pellagre. Depuis lors, de nouvelles observations de pellagre des aliénés ont été rapportées par Brierre de Boismont (1860) et par les médecins des asiles de Saint-Yon, de Châlons, d'Auch, de Limoges, de Chambéry, de l'Antiquaille (Lyon) et de la Salpêtrière (Paris).

Symptomatologie.

La pellagre est une maladie chronique d'emblée qui passe le plus souvent par trois étapes, ainsi que l'a établi Strambio. Elle est d'abord

1. Voy. *Essai sur la pellagre observée à Corfou*, par C. Pretenderis Typaldos. Athènes, 1866. Imprimerie Hermès.
2. Voy. le *Traité* de Bouchard, p. 25.

intermittente. Elle apparaît au printemps, et les accidents cessent pendant l'hiver ; puis elle devient *rémittente*, c'est-à-dire que les symptômes, tout en persistant pendant l'hiver, subissent une exacerbation vernale très notable ; et enfin, la maladie marchant vers une terminaison fatale, les accidents deviennent *continus*. Telle est l'évolution la plus habituelle de la pellagre, correspondant aussi aux phases admises par Frappoli : pellagre *commençante, confirmée, désespérée*.

Quelques auteurs ont voulu diviser la marche de la pellagre en trois périodes, suivant la succession des symptômes : 1° période des accidents cutanés ; 2° période des accidents digestifs ; 3° période des accidents nerveux. Cette division est inexacte, car l'ordre de succession des symptômes n'est pas constamment le même ; de plus, dans les cas ordinaires, quand la maladie semble débuter par l'érythème, cet érythème a toujours été précédé, pendant un temps plus ou moins long, par des *phénomènes prodromiques* qui traduisent l'altération graduelle de l'économie et préparent le développement des manifestations caractéristiques de la pellagre (Zanetti, Ch. Bouchard).

Ces **prodromes**, qui d'ailleurs n'ont rien de pathognomonique, échappent le plus souvent à l'observation médicale, ou ne sont pas rapportés à leur véritable cause. Le malade éprouve une sorte de lassitude et d'abattement avec tristesse, mélancolie et même hypochondrie, de l'inappétence ou au contraire de la boulimie, avec nausées et quelquefois vomissements, constamment de la diarrhée, plus rarement de la céphalalgie accompagnée de vertiges passagers. Ces symptômes prodromiques durent plus ou moins longtemps suivant qu'ils ont commencé à une époque plus ou moins éloignée du printemps, et ils vont en s'aggravant jusqu'à l'apparition de l'érythème, qui se montre généralement au mois de mars, aux environs de l'*équinoxe de printemps*. C'est en effet à cette époque que se déclare la **maladie confirmée**, et ses manifestations se succèdent alors dans un ordre variable et avec une gravité différente suivant les cas.

A l'exemple de M. Ch. Bouchard, et pour la commodité de la description, nous examinerons successivement les symptômes fournis par le système tégumentaire, le tube digestif et le système nerveux, puis les troubles plus rares des autres appareils organiques et les complications.

Symptômes cutanés. — Les pellagreux présentent fréquemment, sur différents points du corps, une coloration noirâtre de la peau sem-

blable à celle de la maladie d'Addison. La peau est, de plus, sèche et rugueuse, et les ongles qui, parfois aussi, sont couverts de taches brunes, sont épaissis et déformés comme dans les dermatoses chroniques telles que l'eczéma et le psoriasis. On a noté également des sueurs fétides et une odeur comparable à celle du pain moisi, mais ces phénomènes sont communs à beaucoup de cachexies et n'ont rien de propre à la pellagre.

La lésion cutanée vraiment caractéristique de cette maladie est l'*érythème*. Dès les premiers jours de la pellagre confirmée, on voit le dos des mains se recouvrir d'une teinte rouge plus ou moins foncée, le plus souvent érythémateuse, parfois vraiment érysipélateuse et accompagnée d'une douleur cuisante. L'inflammation cutanée peut même déterminer la production de vésicules ou de bulles, auxquelles succèdent des croûtes noirâtres, ou de crevasses qui se forment principalement au niveau des plis articulaires. Les autres régions qui, après la face dorsale des mains, sont le plus fréquemment atteintes par l'érythème pellagreux, sont les cous-de-pied, la face (nez, front, joues, oreilles), les parties latérales du cou, les avant-bras, la partie antérieure de la poitrine et, d'une manière générale, toutes les régions du corps habituellement ou accidentellement découvertes et exposées aux rayons solaires. Il est même remarquable que l'érythème s'arrête exactement et brusquement au point où commence la protection de la peau par les vêtements : au poignet, par exemple, la lésion est nettement limitée par le bord inférieur de la manche de la chemise ou de l'habit et forme alors une sorte de manchette (*manchette pellagreuse*). Jamais l'inflammation n'envahit la paume de la main, soit à cause de l'épaisseur plus considérable de l'épiderme à la région palmaire, soit parce que la face antérieure de la main, étant ordinairement tournée vers le corps, n'est pas directement frappée par le soleil.

L'érythème pellagreux débute, ainsi que nous l'avons déjà dit, au mois de mars. Il dure généralement jusqu'en mai ; à ce moment, l'intensité de l'inflammation semble diminuer, la teinte d'un rouge vif s'atténue et la peau prend une coloration brunâtre plus ou moins foncée. Cette coloration brunâtre ou bistre étalée en nappe persiste jusqu'en septembre ou en octobre ; c'est alors que commence la desquamation. L'épiderme s'exfolie peu à peu et, pendant l'hiver, la peau a repris à peu près son aspect normal. Au début, l'érythème pellagreux n'est donc pas persistant, il est annuel. Mais, quand l'inflamma-

tion a récidivé un certain nombre de fois, les altérations cutanées subsistent même pendant l'hiver. La peau malade est remarquable alors par sa sécheresse, sa rugosité et cette teinte brunâtre que nous avons déjà signalée; l'épiderme épaissi se détache incessamment sous forme d'une poussière furfuracée grisâtre. C'est cette lésion chronique que quelques auteurs ont désignée sous le nom d'*érythème crasseux*.

La *pathogénie* de l'érythème pellagreux a été diversement comprise par les auteurs. Les médecins italiens, Zanetti en particulier, considéraient la lésion cutanée comme un érythème de cause interne, au même titre que les exanthèmes variés qu'on observe dans la plupart des maladies générales. D'autres ont émis l'idée que cet érythème, en raison de sa localisation spéciale et de son époque d'apparition, pourrait bien reconnaître comme cause prépondérante l'action des rayons solaires. Cette opinion, présentée d'abord avec quelques réserves, a été reprise par Ch. Bouchard, qui a fourni en sa faveur les preuves les plus démonstratives [1]. D'après Ch. Bouchard, l'insolation n'est pas seulement la cause principale, mais la cause *exclusive* de l'érythème pellagreux. Le siège et la forme de la lésion, son apparition au printemps, le moyen de l'éviter en se préservant de l'action du soleil, prouvent indubitablement que l'*érythème pellagreux n'est autre chose qu'un érythème solaire développé chez des pellagreux*.

Cet érythème n'atteint en effet, ainsi que nous l'avons déjà dit, que les parties découvertes, et si le malade a soin de se protéger les mains, par exemple, par un moyen quelconque, l'érythème n'y apparaît pas.

L'altération cutanée se montre au printemps, quand le soleil commence à devenir plus ardent. On a objecté que, si l'érythème pellagreux était uniquement dû à l'action des rayons solaires, il devrait apparaître pendant l'été, alors que l'éclat du soleil est plus vif et sa chaleur plus intense; mais il y a une première raison pour laquelle la lésion ne peut débuter en été : c'est qu'elle existe déjà depuis le printemps. De plus, les recherches de Charcot [2], de Perroud et de Ch. Bouchard ont montré que, dans l'insolation comme dans l'érythème produit par le rayonnement de l'étincelle électrique, ce n'étaient ni les rayons lumineux ni les rayons calorifiques qui avaient la part la plus active dans l'irritation et la rubéfaction de la peau, mais que l'influence nocive appartenait principalement aux *rayons chimiques* (violets et ultra-violets). Or

1. Voy. Ch. Bouchard, *loc. cit.*, p. 86 et suivantes.
2. Voy. Charcot, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1858.

la lumière du printemps est plus riche en rayons chimiques que celle de l'été (Perroud). On peut donc assez légitimement conclure, des expériences des auteurs précités [1] sur l'action différente des divers rayons du spectre, que la pellagre, par un vice de nutrition spécial, prépare en quelque sorte l'altération de la peau par la lumière solaire, en faisant perdre à l'épiderme cette propriété d'absorber les rayons chimiques à laquelle Stokes a donné le nom de *fluorescence* [2], propriété que la peau des nègres possède à un si haut degré, et qui appartient surtout à certaines substances, telles que le sulfate de quinine, le spath-fluor, le verre d'urane, l'esculine, etc.

Symptômes digestifs. — Le tube digestif est malade chez les pellagreux depuis l'orifice buccal jusqu'à l'intestin inclusivement.

Les accidents digestifs, qu'on peut observer à toutes les périodes de la maladie, ne sont pas franchement intermittents comme l'érythème; cependant l'hiver les atténue, quelquefois les fait disparaître et ils subissent constamment des exacerbations vernales très manifestes. A partir de l'équinoxe du printemps ils augmentent d'intensité, à mesure que les chaleurs deviennent plus fortes, jusqu'au solstice d'été; ils restent alors stationnaires, pour diminuer notablement aux approches de l'automne.

Les *lèvres* sont sèches et livides, couvertes de gerçures sanguinolentes et de croûtes noirâtres très douloureuses, et présentent sur leur face interne des vésicules aphtheuses et des exulcérations. Ces lésions existent surtout sur la lèvre inférieure et aux commissures.

La *muqueuse buccale* est généralement rouge, enflammée et tuméfiée; on y voit des aphthes et des excoriations, comme sur les lèvres (Strambio). Les gencives, dans la *forme scorbutique*, peuvent être fongueuses et saignantes. Cet état de phlogose se propage parfois, à un moindre degré, sur la muqueuse du *pharynx*, plus rarement sur celle de l'*œsophage;* il peut même s'étendre au *larynx* et altérer le timbre de la voix.

La *langue* est aussi rouge, lisse et comme vernissée, dénudée de son épithélium et parcourue par des sillons transversaux plus ou moins profonds, ou recouverte d'ulcérations aphtheuses. Aux approches de la mort, elle se sèche encore davantage et devient noire et fuligineuse.

1. Voy. Bouchard, *loc. cit.*, p. 115.
2. Voy. art. Radiations, p. 777-790; Fluorescence, par Gariel, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 3e série, t. I.

Les *troubles gastriques*, que nous avons déjà mentionnés dans les prodromes de la pellagre, consistent en *douleurs gastralgiques*, *dyspepsie*, inappétence, nausées et surtout *pyrosis*. Ce dernier symptôme est un des plus importants; c'est une sensation de brûlure qui, du creux épigastrique, remonte jusque dans la bouche, en s'accompagnant de régurgitations âcres ou acides et d'éructations fétides. Le pyrosis, joint à l'inflammation de toute la muqueuse buccale, explique la soif inextinguible qui tourmente sans cesse les pellagreux. Il est enfin un autre symptôme stomacal assez fréquent et que certains auteurs ont considéré comme caractéristique de la pellagre : c'est la *boulimie*, qui tient probablement à l'élaboration imparfaite des matières alimentaires, entraînées trop rapidement par l'abondance de la diarrhée (Ch. Bouchard).

La *diarrhée* est en effet un phénomène constant de la pellagre. Elle est abondante, séreuse, d'un jaune verdâtre et se développe sans coliques; elle présente les caractères de la diarrhée atonique (Bouchard). Dans la *forme scorbutique*, elle peut être accompagnée d'hémorrhagies intestinales.

Symptômes nerveux. — Ces symptômes subissent, encore plus que les accidents digestifs, l'influence fâcheuse de l'insolation : « Ils naissent au printemps et s'aggravent pendant les fortes chaleurs. Intermittents au début, ils deviennent rémittents ou continus dès que l'affaiblissement du système nerveux prend les caractères de la paralysie et de la démence. » (Bouchard.)

Des *vertiges* qui rendent la démarche vacillante, une *céphalalgie* frontale quelquefois limitée à un seul côté, des douleurs erratiques, des crampes et des fourmillements, plus rarement de l'anesthésie ou de l'analgésie [1] : tels sont les troubles de la sensibilité générale qu'on observe chez les pellagreux.

Les troubles de la sensibilité spéciale consistent en une perversion du *goût*, des hallucinations et un affaiblissement graduel de l'*ouïe* (bourdonnements d'oreilles, surdité) et de la *vue* (élancements périorbitaires, étincelles, mouches volantes, héméralopie [2], diplopie [3], cécité).

1. Un pellagreux que nous avons eu l'occasion de voir dans le service de M. le professeur Hardy, à la Charité, au mois d'août 1882, était atteint d'*hémianesthésie*.
2. Strambio.
3. Brierre de Boismont.

La motilité est plus gravement atteinte encore que la sensibilité. Le système musculaire des pellagreux présente en effet un affaiblissement progressif, « qui commence par l'engourdissement des membres pour aboutir à la *paralysie* » (Bouchard). L'indécision de la marche et l'incoordination motrice, comme Hameau l'avait très bien remarqué, précèdent la parésie des membres inférieurs; les membres supérieurs ne sont frappés que consécutivement. Bientôt la paralysie devient générale; elle s'accompagne alors de démence et ressemble à la paralysie générale des aliénés, à laquelle Baillarger, le premier, l'a comparée assez justement. Cette ressemblance est d'ailleurs uniquement symptomatique, car on n'observe pas dans la paralysie pellagreuse le substratum anatomique constant de la folie paralytique (méningo-encéphalite diffuse). On a noté exceptionnellement d'autres troubles de la motilité, tels que convulsions épileptiformes, contractures tétaniques, mouvements choréiformes, etc.

Les *troubles intellectuels* sont, sans contredit, les accidents nerveux les plus importants de la pellagre; mais l'aliénation proprement dite n'est le plus souvent qu'un symptôme tardif de la maladie; dans la première période, on observe seulement de l'abattement moral, de la tristesse et de l'affaiblissement de l'intelligence.

La *folie pellagreuse* peut débuter par la *manie aiguë*, pendant les chaleurs de l'été; le malade est en proie à une excitation violente qui le conduit parfois au suicide ou à l'homicide. Plus souvent, c'est la *lypémanie* qui ouvre la scène, et, dans certains cas, les malades finissent par tomber dans un état de démence et de *stupidité* complète. C'est au milieu de cet état de folie plus ou moins avancée, et quelle qu'en soit la forme, qu'on voit survenir les accès d'agitation maniaque qui rendent le pellagreux dangereux pour lui-même et pour les autres; l'homicide et beaucoup plus fréquemment le *suicide* sont le résultat de cette agitation. C'est la *mort par immersion* qui est le plus souvent observée; les auteurs ont donné comme raison de ce choix particulier la soif brûlante qui tourmente les pellagreux (*hydromanie* de Strambio).

Symptômes accessoires et complications. — Il n'est pas rare d'observer dans la pellagre des troubles graves de l'*appareil respiratoire* : la *bronchite chronique*, un état de dyspnée et d'oppression habituelle tenant à la phlogose de la muqueuse trachéale et bronchique; des *pneumonies hypostatiques* qui apparaissent comme complication

ultime de la maladie; des *épanchements pleurétiques* qui se développent d'une façon insidieuse, sans réaction générale et qui peuvent entraîner la mort subite, ainsi que l'a montré Landouzy; et enfin la *phthisie pulmonaire*, qui est si fréquente dans toutes les dégradations profondes de l'organisme.

Les lésions de l'*appareil circulatoire* ont été peu étudiées; on a noté la diminution du nombre des globules rouges (Roussilhe), l'affaiblissement des pulsations cardiaques et artérielles, des bruits de souffle vasculaires qui peuvent légitimement être rattachés à l'anémie, et surtout des *hémorrhagies passives* à la surface des muqueuses ou dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané (entérorrhagie, ecchymoses, etc.). La fréquence de ces hémorrhagies, dans certains cas, a permis de distinguer une *forme scorbutique* de la pellagre.

L'infiltration séreuse des pieds et des jambes et même l'*anasarque* généralisée, avec hydropisies viscérales (hydrothorax et ascite) [1], accompagnent fréquemment les autres manifestations de la pellagre et caractérisent la *forme humide* de la maladie (Luigi, Soler). Dans d'autres cas, au contraire, la cachexie pellagreuse amène une fonte totale du tissu adipeux et une émaciation rapide qui constitue la *forme sèche*.

Parmi les complications plus rares, nous mentionnerons seulement l'albuminurie, la cystite, la dysurie et la rétention d'urine, la vaginite, etc. On a observé aussi une fois la gangrène de la jambe et celle du scrotum.

Certaines *affections cutanées* compliquent assez souvent la pellagre; elles sont le produit de la misère et de la malpropreté [2]. C'est tantôt l'eczéma, spécialement l'eczéma lichénoïde, tantôt l'érythème intertrigo et surtout l'*herpès circiné* qui a été rencontré plusieurs fois par Hameau, par Bazin, par Ch. Bouchard.

Durée. — La durée de la pellagre est excessivement variable; d'après Th. Roussel, elle est au moins de deux ans et peut se prolonger au delà : dix ans, vingt ans et même davantage. La limite *minimum* de deux ans fixée par Th. Roussel semble exagérée à Ch. Bouchard, qui a vu des pellagreux mourir au bout de trois mois. On sait, d'autre part, d'après les observations de Brierre de Boismont, que la pellagre peut présenter des périodes de rémission très longues, quand le malade quitte son pays, pour récidiver à son retour au milieu de l'endémie.

1. Voy. le mémoire déjà cité de Hameau.
2. Voy. Ch. Bouchard, *loc. cit.*, p. 107.

Pronostic, terminaisons. — La pellagre est une maladie très grave, le plus souvent mortelle, mais qui peut être curable quand elle est traitée à temps par l'hygiène et par une alimentation convenable.

Cependant il est juste de reconnaître qu'il y a des *pellagres légères*, qui ne portent aucune atteinte à la vie pendant très longtemps, et des *pellagres très graves*, qui, bien que placées dans de bonnes conditions hygiéniques, conduisent rapidement à la mort.

D'une manière générale, la maladie est d'autant plus facilement curable qu'elle est moins invétérée et atteint des individus plus jeunes; car la vieillesse, à cause de la débilitation de l'économie, accélère toujours le terme fatal.

Quand la pellagre doit guérir, les symptômes qui s'étaient amendés à l'automne disparaissent complètement pendant l'hiver et ne reparaissent pas au printemps suivant.

Dans les cas beaucoup plus nombreux où la maladie se termine par la mort, celle-ci peut être le résultat du suicide ou d'une complication (pneumonie, pleurésie, phthisie pulmonaire), ou bien elle est amenée par les progrès de la cachexie. Les malades succombent alors dans le marasme, après avoir présenté quelquefois, aux approches de la mort, des symptômes fébriles et des phénomènes typhoïdes qui ont pu faire commettre des erreurs de diagnostic.

Diagnostic.

Le diagnostic de la pellagre est toujours très facile dans les pays où elle est endémique; mais, quand elle se présente à l'état sporadique, elle peut mettre en défaut le jugement d'un observateur inexpérimenté. L'erreur est surtout facile à commettre quand toutes les manifestations caractéristiques de la maladie n'existent pas à la fois. C'est ainsi qu'on est exposé à considérer la diarrhée, l'érythème, la paralysie comme des affections essentielles et isolées, sans les rattacher à leur véritable cause.

D'une manière générale, le diagnostic est basé sur l'association de l'érythème (ou de la pigmentation et de la desquamation qui lui succèdent) et des accidents digestifs et nerveux; sur l'époque d'apparition de cet érythème, sur son siège spécial, sur sa limitation exacte par la *manchette pellagreuse;* sur les recrudescences vernales de tous

la mauvaise hygiène des asiles, que les aliénés sont si facilement atteints par cette maladie, à laquelle la dénomination lombarde de *mal de misère* convient si justement.

Hérédité, contagion. — Bien que la pellagre soit souvent observée sur les individus de la même famille, bien que les parents pellagreux engendrent des enfants qui deviennent facilement pellagreux, la pellagre n'est ni contagieuse ni héréditaire dans le sens propre du mot. « Les faits nombreux qui semblent déposer en faveur de l'hérédité peuvent presque tous s'expliquer par l'influence du régime et du genre de vie, qui sont les mêmes pour les parents et pour les enfants, par la misère qui pèse également sur tous les membres d'une même famille. » Ch. Bouchard [1].) « Le peuple triste et affaissé des pellagreux, dit Th. Roussel, engendre une progéniture cacochyme et dégradée physiquement dès le sein maternel, en qui les germes de tous les maux physiques trouvent, pour se développer, comme une terre merveilleusement préparée. Aussi voit-on les maladies qui pèsent sur certaines familles et sur certaines classes d'hommes s'étendre et s'aggraver de génération en génération. » Voilà pourquoi la pellagre est si fréquente chez les descendants de pellagreux ; mais, dans tous les cas, l'hérédité ne peut être considérée que comme une cause prédisposante.

Causes cosmiques. Climats, saisons. — Nous avons déjà indiqué [2] les pays où l'on a observé la pellagre; on remarquera que tous ces pays appartiennent à des *climats chauds*, dans lesquels cependant les variations saisonnières de la température sont assez considérables. L'endémie pellagreuse, en effet, est inconnue dans les pays intertropicaux, parce qu'il n'y a pas d'hiver et que l'homme est habitué à une température élevée, sujette à de très faibles variations [3]. Si donc l'insolation est la cause occasionnelle principale de la pellagre, elle n'a d'influence nuisible que parce qu'elle est intermittente; l'action du rayonnement solaire est beaucoup moins malfaisante quand elle est continue.

Quant à l'influence des saisons, nous avons assez insisté sur son importance, dans le cours de cet article, pour n'avoir pas à y revenir.

1. Voy. Ch. Bouchard, *loc. cit.*, p. 324.
2. Voy. ci-dessus l'*historique* de la pellagre.
3. Voy. Ch. Bouchard, *loc. cit.*, p. 336.

Hygiène, alimentation. — La *malpropreté* des habitants et l'*insalubrité* des habitations sont des causes sur lesquelles quelques auteurs, et particulièrement Ch. Bouchard, ont, avec raison, beaucoup insisté. Elles sont les compagnes habituelles de la misère et contribuent, avec une *alimentation défectueuse*, à donner naissance à la pellagre. C'est, en effet, dans l'alimentation qu'il faut chercher la véritable cause de cette maladie. On a tour à tour incriminé les aliments les plus divers, mais c'est sur le maïs que l'attention des observateurs a été principalement attirée. Déjà Casal et Thouvenel avaient signalé cette céréale comme une cause probable de la pellagre; Balardini, Th. Roussel, Costallat, Tardieu ont cherché à démontrer que l'alimentation par le maïs était la cause exclusive de l'endémie pellagreuse. D'après ces médecins, le maïs n'agit pas par lui-même, mais par des propriétés accidentelles dues au développement, dans l'intérieur du grain, d'un champignon parasite, le *verdet* (sporisorium maïdis). L'ingestion du maïs altéré produirait alors une véritable intoxication, comparable à celle qui résulte de l'usage du seigle ergoté. La théorie de Balardini, de Th. Roussel et de Costallat a été vivement combattue par Ch. Bouchard; on peut invoquer contre elle de nombreux arguments. Les notions de géographie médicale empruntées à Lombard (de Genève) prouvent que la pellagre est inconnue dans beaucoup de pays qui consomment une grande quantité de maïs : dans l'Amérique du Nord et du Sud, dans l'Amérique centrale, au Mexique, etc. Il est vrai que le maïs est un aliment inférieur, pauvre en matière azotée, que le maïs verdéramé est encore plus impropre à la nutrition, parce que le parasite (le verdet) a son siège de prédilection sur le hile du grain, dans l'embryon, où se trouve plus particulièrement la partie azotée du maïs qui est détruite par lui. Mais le maïs, sain ou altéré, n'agit pas spécifiquement dans la production de la pellagre; il est nuisible seulement parce qu'il constitue une alimentation insuffisante. Les malheureuses populations qui vivent de polenta ne consomment jamais de viande ni de pain, ne boivent jamais de vin; or l'absence de vin est considérée depuis longtemps, par les médecins italiens, comme une des conditions prédisposantes de la maladie. Et le maïs est si peu nuisible par lui-même, qu'au milieu des endémies pellagreuses, aussi bien dans les Landes qu'en Lombardie, les habitants aisés, ceux qui peuvent associer au maïs un peu de vin et d'autres aliments assez riches

en principes azotés, ceux-là ne sont pas atteints par la pellagre [1].

Le vin et les boissons alcooliques, qui agissent comme toniques quand ils sont pris en quantité convenable, peuvent à leur tour, quand ils sont absorbés en excès, contribuer à la production de la maladie.

1. L'opinion que nous soutenons, après d'autres auteurs, est celle de tous les médecins des Landes. Nos confrères liront avec intérêt la lettre adressée à ce sujet à M. Hillairet par le Dr G. Hameau (d'Arcachon) :

« Arcachon, 15 mai 1878.

« Très honoré Confrère,

« Je serai très heureux, et mes confrères landais ne seront pas moins satisfaits, si un homme de votre autorité prend la peine de rectifier, au sein même de l'Académie de médecine, la thèse de Balardini et de Th. Roussel, en ce qu'elle a de trop absolu relativement à l'étiologie de la pellagre. Malgré le dire de ces observateurs éminents, malgré la campagne ardente et convaincue de Costallat en faveur de l'empoisonnement par le verdet, les praticiens landais ne considèrent pas le maïs comme la cause unique de la pellagre, mais seulement comme l'un des éléments, fréquent et non constant, de l'insuffisance d'alimentation, cause première de la maladie.

« Pour le Dr Gazailhan, l'homme le mieux placé pour juger de l'endémie landaise et le mieux doué pour en donner une juste appréciation, comme pour moi et la plupart des médecins de la région, il n'existe que deux conditions consitantes, *sine qua non*, de la pellagre : l'alimentation insuffisante et l'insolation.

« Toutes les fois qu'un pellagreux ou une famille de pellagreux acquiert un certain bien-être, la maladie disparaît, — à moins d'être arrivée déjà à sa période ultime. Il suffit pour cela que le régime alimentaire, exclusivement composé de bouillie de maïs ou de millet, de pain noir, de lard rance et d'eau mauvaise, soit corrigé par l'usage de quelques poissons frais, ou d'un peu de viande, ou d'une petite quantité de vin.

« L'observation en a été faite cent fois, et l'expérience a été opérée en grand, par quelques années d'abondance, durant la guerre de sécession des États-Unis, qui porta très haut le prix des résines françaises et jeta des sommes considérables dans nos landes; elle a été opérée partout par la création des chemins de fer et des routes agricoles, qui ont transformé la contrée en l'enrichissant. Devant les progrès du bien-être a reculé la pellagre. Le pellagreux landais devient une rareté, et on ne le trouve plus que parmi les pasteurs, dont le nombre diminue à mesure que les landes nues font place aux forêts de pins récemment ensemencés.

« Mais l'usage du maïs a-t-il diminué? Nullement. Il est même plus généralement répandu parmi les pauvres qu'autrefois; car il ne faut pas oublier que, dans leur extrême misère, ils mangeaient plus de millet que de maïs. Le millet ayant moins de valeur, ils le gardaient pour leur consommation et vendaient le maïs. Ce dernier, au contraire, entrait pour une large part dans la nourriture des *paysans aisés*, qui *jamais* n'ont été atteints par l'endémie. Ne croyez pas non plus que le maïs des plus fortunés fût autre que le maïs des plus malheureux : il provenait du même tas, le colon partageant le produit avec le propriétaire; et ni l'un ni l'autre ne songeait à faire passer le grain par le four ou le chaulage.

« A différentes reprises, j'ai visité les greniers, et j'ai trouvé le verdet dans les mêmes proportions, tantôt peu, tantôt beaucoup, selon les années, chez le riche et chez le pauvre, sans constater aucun rapport entre l'altération du maïs et la présence de la pellagre.

« On peut tenir pour avéré que l'usage du maïs altéré est le même chez le paysan le plus sordide et chez celui qui ajoute seulement le vin à son frugal repas.

La *pellagre des alcooliques* était déjà connue de Strambio; Gintrac et plus récemment Hardy en ont observé des exemples [1].

« Si maintenant, comme le dit Ch. Bouchard, nous nous reportons dans une vue d'ensemble sur toutes les causes de la pellagre, nous

Néanmoins celui-ci échappe à la pellagre, et le premier seul est sa victime. Au lieu de vin, mettez viande ou poisson, l'immunité reste la même.

« Est-il permis après cela de considérer le verdet comme un toxique dont l'action spécifique produirait la pellagre? et n'est-il pas plus rationnel de penser que les pellagreux sont sous l'influence délétère d'une alimentation insuffisante, peut-être insuffisamment tonique et azotée?

« D'ailleurs les cas de pellagre sans maïs ne sont pas rares. Tous les observateurs en ont rapporté quelques-uns, et on peut citer la plupart des cas sporadiques et tous les faits de Landouzy et de M. Billod. Je sais bien que Th. Roussel ne veut pas les accepter dans le cadre de la maladie des Landes et de la Lombardie; je sais que Costallat, sollicité de visiter les pellagreux de Reims et d'Angers, s'y refusa, en déclarant d'avance qu'il ne pouvait y avoir de pellagre où il n'y avait pas de maïs. Mais nul n'a dit au juste ce qu'était cette maladie observée et décrite par des hommes de la valeur des Landouzy et des Billod, si elle n'est pas la pellagre, dont elle présente tous les symptômes.

« Pour moi, en voyant les déments de Sainte-Gemme, j'ai été frappé de deux choses : leur parfaite ressemblance avec nos pellagreux landais, leur persistance à rechercher le soleil.

« Ici, l'on ne peut pas incriminer l'alimentation. Celle de l'asile est de première qualité. Mais les maniaques pellagreux refusent souvent de manger; tous ont la diarrhée, les phénomènes ataxiques, l'amaigrissement, l'aspect cachectique qui dénotent une insuffisance de nourriture ou d'assimilation. Sous ce rapport ils ne se distinguent pas des autres pellagreux : toujours défaut de nutrition. Ils ne s'en distinguent pas non plus sous le rapport de cette autre influence dont il reste à parler : l'insolation. Dans nos Landes, deux classes d'hommes vivent, ou vivaient — car tout change vite autour de nous — de la même façon frugale, plus que frugale, insuffisante : les bergers fournissaient toujours le plus gros contingent à l'endémie, et, parmi les résiniers, ceux qui ne quittaient jamais la forêt en étaient indemnes, par exemple les résiniers de la forêt de La Teste. Au contraire, les résiniers des parties peu boisées des Landes, pour lesquels la coupe des pins n'était qu'un complément de travail et qui passaient une partie de la journée aux champs, avec leur famille, rentraient dans la loi commune des cultivateurs *en plein soleil* : ils étaient sujets à la pellagre.

« Il me paraît démontré, du moins pour nos Landais et pour les déments, que l'action des rayons solaires est déterminante de la pellagre. Je ne dis pas seulement déterminante des symptômes cutanés, ce qui n'est plus douteux pour personne; mais j'entends dire que, parmi les formes diverses que peut affecter la cachexie des inanitiés, celle-ci est déterminée par l'insolation prolongée.

« Dans cet état particulier de l'organisme sans défense, le centre nerveux est atteint directement par le rayonnement solaire et devient le point de départ de tous les phénomènes variés, mais, en somme, univoques, qui caractérisent la maladie.

« Le Dr Ch. Bouchard a très bien étudié ce point d'étiologie dans son excellente monographie, la meilleure et la plus complète que je connaisse, sur la pellagre.

« Veuillez agréer, bien honoré confrère, l'expression de mes sentiments tout dévoués.

« Dr G. Hameau. »

1. Voy. Hardy, *Comptes rendus de l'Académie de médecine de Paris*, 5 juillet 1881.

voyons que toutes elles ont sur l'économie une action dépressive et qu'elles sont toutes une expression de la *misère*, comprise dans la plus large acception du mot. » Absence ou insuffisance d'alimentation azotée, alcoolisme, hygiène défectueuse, dépression physique par les maladies de toutes sortes, dépression morale par les chagrins ou l'aliénation, telles sont en résumé les causes multiples de cette maladie, qui tend à disparaître aujourd'hui presque complètement, grâce aux progrès toujours croissants du bien-être des populations.

Traitement.

Le traitement rationnel de la pellagre découle des notions étiologiques précédentes. C'est par une bonne alimentation (pain de froment, viande, vin), des soins de propreté, une hygiène convenable qu'on pourra la guérir et surtout la prévenir. Actuellement, en France, la prophylaxie de cette maladie ne laisse rien à désirer, et l'endémie pellagreuse est presque éteinte; on n'observe plus que des cas sporadiques. Pour ceux-là, aux mesures hygiéniques que nous venons d'indiquer, il faudra joindre un traitement tonique : le quinquina, l'alcool, le fer, les bains sulfureux naturels (Labassère, Luchon) ou artificiels, les bains de mer, les bains salins gélatineux; éviter le rayonnement solaire, protéger les parties habituellement découvertes et atteintes d'érythème, les saupoudrer avec des poudres inertes, telles que la poudre d'amidon ou de lycopode. Par ces moyens, on pourra guérir les pellagres légères ou peu avancées; mais il y a des cas désespérés, contre lesquels la médecine est impuissante, trop heureuse encore de pouvoir, par l'hygiène, prévenir le développement d'une maladie dont les causes sont aujourd'hui bien connues.

N. B. Voir les planches en chromolithographie de l'érythème et de ses variétés, à la fin du volume :
Pl. I, fig. 1, 2, 3, 4.
Pl. II, fig. 1 et 3.

DEUXIÈME GENRE

ROSÉOLE

Historique. — Sous le nom de *roséole*, la plupart des auteurs ont confondu un grand nombre d'affections cutanées de nature très différente, dont plusieurs doivent être placées dans la classe des érythèmes et qui n'ont qu'un seul lien commun : c'est d'être constituées, les unes et les autres, par de petites taches rouges et arrondies.

Willan et *Bateman* [1] admettaient sept variétés de roséole : 1° roseola æstiva; 2° roseola autumnalis; 3° roseola annulata; 4° roseola infantilis; 5° roseola variolosa; 6° roseola vaccina; 7° roseola miliaris.

Mais cette multiplication extrême des formes de la roséole n'a rien de scientifique et n'est même pas conforme aux faits. La *roseola æstiva*, la *roseola autumnalis*, la *roseola infantilis* ne diffèrent pas essentiellement l'une de l'autre; la *roséole annulaire* n'est autre chose que l'érythème circiné; la *roséole miliaire* doit être rapportée à la suette.

Alibert comprenait déjà les vices de la classification de Willan, quand, dans son *Précis des maladies de la peau* [2], il ne reconnaissait que deux formes de roséole : la *roséole idiopathique* (estivale, automnale, infantile, etc., connue aussi sous les dénominations de *roseolæ saltantes* [3], de fièvre rouge, de feux ou ébullitions des petits enfants, etc.), et la *roséole symptomatique*, comprenant toutes les variétés secondaires de Willan.

1. Voy. Bateman, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, trad. française, p. 136-144.
2. Voy. Alibert, *monographie des Dermatoses* (1835). *Précis théorique et pratique des maladies de la peau*, 1822.
3. Marc-Aurèle Séverin.

Rayer, tout en décrivant les différentes formes admises par Willan et en y ajoutant même trois nouvelles (roseola febrilis, roseola rhumatica, roseola cholerica), reconnaissait qu'il n'était pas possible de séparer plusieurs espèces de roséoles de l'érythème. Quant à la roséole fébrile simple, il pensait qu'il y aurait lieu de rechercher si cette forme n'était pas une modification de la rougeole sans catarrhe. Cette assimilation de la roséole (rubéole ou fausse rougeole) à une rougeole modifiée est inexacte ; mais elle montre bien néanmoins que, dans l'opinion de Rayer, il existait une variété spéciale de roséole primitive, qui seule avait une existence propre.

Gibert [1] admettait aussi les espèces de Willan, celles de Rayer, et leur adjoignait la roséole syphilitique ; mais il insistait surtout dans sa description sur la roséole copahique, qui n'est qu'une variété de l'érythème de ce nom.

Bazin [2] rattachait les roséoles à l'érythème et les divisait arbitrairement en deux groupes : les *roséoles de cause externe*, où il plaçait la roséole copahique (et cependant le copahu n'agit qu'après avoir été absorbé), et les *roséoles de cause interne*, subdivisées en roséole essentielle ou pseudo-exanthématique (c'est la roséole simple, essentielle), roséole herpétique et roséole syphilitique. Cette division est absolument inacceptable.

De tous les dermatologistes, c'est *Devergie* qui a le mieux délimité et décrit la roséole [3]. Après avoir tracé magistralement l'histoire de l'érythème et de ses diverses formes, de celles surtout qu'Hébra réunit plus tard en un groupe distinct, sous le nom d'érythème multiforme, Devergie consacre un chapitre spécial à la roséole. Il rejette avec raison la division de Willan, car il ne voit aucune distinction à établir entre la roséole estivale et la roséole automnale ; quant à la roséole annulaire, il considère qu'elle ne diffère en rien de l'érythème circiné.

Pour Devergie, la roséole est une affection très fugace et presque

1. Voy. Gibert, *Traité des mal. spéc. de la peau*. Paris, 1839. Cet auteur (p. 82) définit ainsi la roséole : « un exanthème fréquemment apyrétique, ordinairement exempt de symptômes catarrhaux précurseurs, d'une courte durée, partiel ou général, *non contagieux*, caractérisé par de petites taches roses ou d'un rouge clair, sans saillie appréciable dans le plus grand nombre des cas, se terminant par résolution, avec ou sans desquamation. » A part l'épithète « *non contagieux* », que nous avons soulignée, cette description s'applique assez exactement à la roséole vernale, estivale, etc.

2. *Leçons sur les affections génériques de la peau*, 1862.

3. Voy. Devergie, 2e édit., 1857, page 229.

éphémère, caractérisée par l'éruption partielle ou générale de petites taches rosées plus ou moins régulièrement arrondies. L'éruption se montre du jour au lendemain, à la suite de prodromes fort légers : malaise, anorexie, faible mouvement fébrile; elle disparaît un jour pour reparaître le suivant; mais, dans tous les cas, elle ne dure pas plus de deux ou trois jours. Cette affection se montre surtout au printemps et à l'automne, et, dans cette dernière saison, elle paraît avoir un caractère moins aigu; elle est commune chez les jeunes enfants. Devergie ajoute que la roséole survient fréquemment chez les goutteux et les rhumatisants et dans certains cas de fièvre typhoïde. Cette dernière assertion est une erreur; Devergie a manifestement confondu la roséole avec les érythèmes rhumatismaux d'une part, et d'autre part avec l'exanthème typhique.

Hébra critique la description de Willan et Bateman et réunit dans un même groupe la roséole d'été et la roséole d'automne, mais il commet la même erreur que ses prédécesseurs, en rattachant les taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde et l'éruption du typhus exanthématique à la roséole.

Kaposi ne consacre pas de description spéciale à la roséole, avec laquelle il confond les éruptions typhique et cholérique, l'érythème vaccinal et les rash.

Neumann [1] reproduit les idées d'Hébra et de Kaposi; pour lui, roséole est synonyme d'érythème, et la dénomination de roséole n'aurait plus de raison d'être sans la roséole typhoïde, qui seule mérite de conserver une existence à part. Neumann réserve donc cette expression pour les rougeurs hyperémiques de la peau, symptomatiques des maladies internes et il admet : 1° la roséole typhoïde; 2° la roséole syphilitique; 3° la roséole rhumatismale. Rien de plus confus, on le voit, que les théories allemandes relativement aux roséoles.

Erasmus Wilson [2] place la roséole (***Roséole or Rose-Rash***) après les érythèmes, l'érysipèle et l'urticaire. Il décrit : 1° des ***roséoles idiopathiques***, en corymbe, punctiforme, annulaire, maculeuse, et 2° des ***roséoles symptomatiques***, *variolosa*, *vaccina*, *rhumatica*, *arthritica*, *cholerica* et enfin ***roseola febris continuæ***.

Moore Néligan [3] considère la roséole comme une entité morbide

1. Voy. traduction française par Darin, p. 158.
2. 1854, t. I.
3. 2e édit., par Belcher, Dublin, 1866.

spéciale; il lui distingue deux formes, comme E. Wilson : 1° la *roséole idiopathique*, automnale, estivale, infantile, etc.; 2° la *roséole symptomatique*, comprenant toutes les formes indiquées précédemment par E. Wilson. Il pense que cette affection atteint plutôt le jeune âge que la vieillesse, qu'elle peut être occasionnée par les variations brusques de température ou par certains aliments, qu'elle survient souvent au moment de la première ou de la seconde dentition, qu'elle est toujours bénigne et n'exige aucun traitement.

Tilbury Fox (1873) décrit la roséole (*Rosella*, *Rubella*, *Rubeola notha*) comme une maladie distincte de l'érythème, simulant la rougeole, mais dépourvue toujours des accidents catarrhaux qui accompagnent cette dernière maladie. C'est une éruption éphémère, légèrement fébrile, caractérisée par de petites taches roses ou rouges, lisses, sans élevure, ne donnant lieu à aucune desquamation.

Duhring [1], dans son ouvrage, qui n'est qu'une imitation des auteurs allemands, ne consacre aucune description particulière à la roséole, dont les formes se trouvent implicitement comprises soit dans les hyperemies cutanées, soit dans l'érythème exsudatif polymorphe.

Division. — Si nous cherchons maintenant à dégager une division satisfaisante de ce chaos d'opinions si diverses, nous voyons qu'il importe de distinguer la *roséole* et les *roséoles :*

1° La **roséole primitive idiopathique ou simple**, qui est une maladie spéciale et toujours identique à elle-même, sous les noms multiples qu'on lui a donnés : vernale, estivale, automnale, infantile, fébrile, etc.

2° Les **roséoles**, qui, envisagées dans leur acception la plus générale, comprennent *toutes les affections cutanées, caractérisées par de petites taches rosées, plus ou moins régulièrement arrondies.*

Les *roséoles* peuvent donc être divisées de la manière suivante [2] :

a. La *roséole idiopathique*, déjà citée;

b. Les *roséoles symptomatiques* ou secondaires, c'est-à-dire toutes les éruptions rosées maculeuses qui se développent dans le cours d'une autre maladie ;

c. Les *roséoles pathogénétiques* ou médicamenteuses.

Les deux derniers groupes (*b* et *c*) *appartiennent aux érythèmes :* ce

1. 1877. Philadelphie.
2. C'est la division toute naturelle qui a été adoptée par Roger et Damaschino, dans l'article Roséole du *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 3e série, t. V, p. 223.

sont des érythèmes affectant la forme lenticulaire; nous les avons déjà décrits, et nous les rappelons seulement pour mémoire :

Roséoles symptomatiques.

1° *Roséoles infectieuses* [1] :

Varioleuse ou rash rubéoliforme.

Vaccinale.

Typhique.

Cholérique.

Pyoémique.

2° *Roséoles diathésiques* :

Syphilitique [2].

Rhumatismale [3] (c'est l'érythème circiné rhumatismal réduit à de petites taches rosées, localisées autour des jointures malades, spécialement aux membres inférieurs).

Roséoles pathogénétiques [4] :

Balsamique, copahuvique, térébenthinique, etc.

Iodique et bromique.

Quinique.

Arsenicale.

Mercurielle, etc.

Toutes ces roséoles ne sont que des variétés des érythèmes qui portent les mêmes noms et que nous avons précédemment décrits [5].

La **roséole idiopathique**, au contraire, est une entité morbide spéciale et mérite une description particulière. C'est à cette maladie qu'on a donné les noms de *roséole vernale*, *automnale*, *infantile*, etc., de *rubéole*, de *Rötheln* (auteurs allemands), d'*essera Vogelii*, de *Rosemil* (Gubler). On doit la considérer comme un exanthème aigu, une *véritable fièvre éruptive*, *voisine mais distincte de la rougeole*, de même que la varicelle est voisine mais distincte de la variole [6].

1. Voy. p. 70 et 71 de cet ouvrage. Voir aussi la description des *Erythèmes*, 4e groupe.

2. Voy. p. 72. La description de la roséole syphilitique sera complétée dans le chapitre consacré aux syphilides.

3. Voy. la description de l'érythème polymorphe.

4. Voy. p. 72 et 73 et les *érythèmes pathogénétiques*.

5. L'*érythème réflexe*, *émotif* ou *pudique*, que nous avons également décrit, comme une variété de l'*érythème fugace*, peut aussi affecter la forme de roséole : *roséole pudique*.

6. La roséole est à la rougeole ce que la varicelle est à la variole (Trousseau, *Clin. de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 217).

Étiologie. — La *contagion* est loin d'être aussi bien établie pour la roséole que pour les autres fièvres éruptives; elle a même été fort contestée. Elle est niée formellement par Gibert, par Rayer, par Bazin, par la plupart des dermatologistes et même par quelques médecins d'enfants, comme Blache et Guersant [1]. Elle est au contraire admise par Trousseau (*loc. cit.*), par Rilliet, par Roger et Damaschino (*loc. cit.*). Si les cas de contagion sont si rares, c'est que la roséole est une affection rare, également.

On a dit que, d'une manière générale, la roséole était plus fréquente chez les jeunes sujets; dans certaines épidémies, au contraire, on a cru remarquer qu'elle atteignait de préférence les adultes.

La roséole peut exister à l'état sporadique et à l'état épidémique [2]. *Elle récidive assez facilement* et ne ressemble pas en cela aux autres fièvres éruptives.

Les *influences saisonnières* n'ont peut-être pas l'importance qu'on leur a attribuée; cependant il est juste de reconnaître que la roséole est plus commune à la fin du printemps ou au commencement de l'été et pendant l'automne.

Symptômes. — On peut diviser l'évolution de la roséole en quatre périodes : *a.* incubation, *b.* invasion, *c.* éruption, *d.* résolution ou desquamation.

a. L'*incubation* paraît durer à peu près une quinzaine de jours.

b. La période d'*invasion* ou période prodromique dure *un ou deux jours au plus*. Elle débute par des frissons erratiques et une fièvre toujours modérée, dans laquelle la température ne dépasse pas 39°. Une légère sensation de malaise et de courbature, quelques troubles digestifs qui peuvent même faire complètement défaut, parfois des convulsions chez les très jeunes enfants : tels sont les symptômes qui accompagnent la fièvre, symptômes bien simples, il faut le reconnaître, et qui n'ont rien de caractéristique. *Jamais on ne constate de catarrhe des muqueuses*, ni coryza, ni larmoiement, ni laryngite, ni bronchite; jamais de phénomènes généraux graves.

c. L'*éruption* apparaît très rapidement; elle est générale d'emblée,

1. *Dict. de médecine*, 1843, art. Roséole.
2. Épidémies de Milan et de Pavie, 1793 (Joseph Franck). — Épidémies de l'île de Malte. — Épidémie de l'hôpital Saint-Louis (Biett). — Épidémie de Genève (Rilliet). — Épidémie de Sceaux, 1861 (Thore). (*Voir l'article déjà cité de Roger et Damaschino.*)

contrairement à ce qu'on observe dans la rougeole, où l'éruption est successive et se montre d'abord à la face.

Dans la roséole, c'est au contraire sur les membres et sur le tronc que l'exanthème atteint son complet développement; il est constitué par des taches non saillantes (Trousseau), plus larges, plus pâles, mais mieux isolées et plus distinctes que les taches morbilleuses, plus régulièrement arrondies aussi et présentant entre elles des intervalles de peau saine. Ces taches disparaissent sous la pression du doigt pour reparaître aussitôt; tantôt elles donnent lieu à des démangeaisons assez vives [1] (Vogel, Trousseau); tantôt au contraire elles sont à peine prurigineuses (Roger).

L'éruption, toujours plus marquée sur les membres, comme nous l'avons dit, s'y trouve quelquefois localisée (*roséoles partielles* de Rilliet).

Jamais l'exanthème ne se complique d'énanthème. Mais la fièvre persiste pendant toute l'éruption; elle est même sujette à des exacerbations qui correspondent à l'éclosion de nouvelles taches; la roséole, en effet, n'est pas une affection régulière : elle procède par poussées successives.

d. Dans les cas très légers, la maladie se termine *par résolution;* les taches s'effacent au bout de trois ou quatre jours, sans laisser traces de leur passage. Parfois l'éruption dure un septenaire et donne lieu à une légère *desquamation* furfuracée.

Diagnostic. — Les *érythèmes* diffèrent de la roséole par la saillie et l'étendue des plaques.

L'*urticaire* est constituée par des plaques papuliformes, souvent blanches au centre, rouges à la périphérie, saillantes, irrégulières, accompagnées de démangeaisons qu'on n'observe jamais, au même degré, dans la roséole.

La *rougeole* se distinguera par la longueur de ses prodromes, par le catarrhe oculo-nasal et laryngo-bronchique qui précède et accompagne l'éruption, par la marche de cette éruption, qui débute à la face et qui est successive au lieu d'être simultanée sur toute la surface du corps, par la régularité de son évolution, qui est toujours d'une seule tenue, et enfin par les caractères des taches, qui sont plus rapprochées, plus saillantes et plus rouges que celles de la roséole.

Le *pityriasis rosé* (Gibert) est une affection apyrétique qui ne s'accompagne pas de symptômes généraux; ses taches sont plus pâles que

1. *Ardentes et prurientes* (Vogel).

celles de la roséole et présentent un reflet jaunâtre; la desquamation est constante et toujours beaucoup plus appréciable que dans la roséole [1]; enfin le pityriasis a une durée beaucoup plus longue, car il évolue en cinq ou six semaines au moins.

Le diagnostic avec la *roséole syphilitique* sera fait dans le chapitre consacré aux syphilides.

Pronostic et traitement. — La roséole est toujours une *affection bénigne*, qui ne demande aucun traitement.

1. C'est ce qui a valu au pityriasis rosé le nom de roséolé squameuse (A. Fournier).

TROISIÈME GENRE

URTICAIRE

Synonymie. — Eruption ortiée, urticaria (Franck, Willan et Bateman), aspritado (Celse), uredo, essera (auteurs arabes), cnidosis (de χνίδη, ortie) [Alibert], febris urticata (Vogel), porcelaine (Lieutaud), scarlatine ortiée (Sauvages), purpura urticata (Junker), epinyctis pruriginosa, etc., etc.

Historique. — *Alibert* décrit l'urticaire dans deux chapitres distincts, sous le nom de *cnidosis* et d'*épinyctide*.

1° Le cnidosis est, d'après lui, l'essera de Vogel, l'urticaire de certains auteurs, vulgairement désignée sous le nom de *porcelaine*. *C'est un eczéma* [1], *se manifestant d'ordinaire, sur une ou plusieurs parties du tégument, par des plaques, taches ou ampoules proéminentes ou non proéminentes, survenant spontanément, accompagné d'un vif prurit et tantôt se terminant par desquamation, tantôt disparaissant par résolution*. Alibert distingue deux espèces, le *cnidosis aigu* et le *cnidosis chronique;* la fièvre seule distingue le premier du second. Ce genre contient en outre une multitude de formes et de variétés : urticaria maculosa, u. tuberosa, u. evanida, u. perstans, etc. Dans toutes ces formes, la sensation cutanée est toujours la même : celle d'une piqûre d'ortie.

2° *L'épinyctide* (*essera nocturna* d'Avicenne, *pustula serotina* de Marc-Aurèle Severin, *epinyctis vulgaris* de Sauvages, *uritis nocturna* de Plenck) *est un eczéma qui se montre sur une ou plusieurs parties du*

1. Le terme d'*eczéma* est employé ici par Alibert, comme par les anciens auteurs, dans le sens d'éruption. Ce mot n'avait pas alors la signification précise et définie qu'on lui a donnée de nos jours.

tégument, sous la forme d'une éruption TANTÔT PAPULEUSE, TANTÔT PUSTULEUSE, *dont les symptômes éclatent et s'exaspèrent d'une manière générale durant la nuit et s'apaisent pendant le jour*, et dans lequel *la douleur est surtout vive sur les parties couvertes : phénomène absolument contraire à ce qui existe dans le cnidosis.* L'épinyctide peut se présenter sous la forme aiguë et sous la forme chronique.

D'après la description d'Alibert, cette affection se rapproche beaucoup plus du *prurigo* que de l'urticaire. Les auteurs qui ont suivi Alibert, et qui ont donné indistinctement le nom de cnidosis et celui d'épinyctide à l'urticaire, sont donc dans l'erreur.

***Willan* et *Bateman* décrivent assez complètement l'urticaire, sans parler des dénominations employées par les autres dermatologistes; ils admettent les variétés suivantes : 1° urticaire fébrile; 2° urticaria evanida**; 3° urticaria perstans; 4° urticaria conferta; 5° urticaria subcutanea; 6° urticaria tuberosa.

Biett et ses élèves, *Cazenave* et *Schedel* (1838) admettent les mêmes variétés que Willan et Bateman.

Rayer (1835, 2e édit.) décrit l'urticaire comme une inflammation exanthémateuse non contagieuse. Il pense que toutes les espèces de Willan peuvent être ramenées aux deux groupes suivants : 1° l'*urticaire aiguë* ou *fébrile*, à laquelle il rattache l'urticaria conferta et l'urticaria perstans; 2° l'*urticaire chronique*, qui comprend l'urticaria evanida, l'urticaria subcutanea, l'urticaria tuberosa. Il ajoute aux variétés précédentes une nouvelle espèce, l'*urticaire fébrile intermittente* (febris intermittens urticaria de Franck), qui n'est qu'une fièvre intermittente anomale.

Devergie (1857) donne de l'urticaire une bonne description, originale et très clinique. Il admet les divisions et les espèces suivantes :

1° D'après l'aspect extérieur : urticaria simplex, urt. conferta, urt. tuberosa, urt. nodosa;

2° D'après la durée : urt. evanida, urt. perstans;

3° D'après le moment de l'éruption : urt. diurne, nocturne, vague;

4° D'après la marche : aiguë (fébrile) ou chronique;

5° D'après la cause : urt. ab ingestis.

Bazin distingue une forme aiguë de l'urticaire, ou *fièvre ortiée pseudo-exanthématique*, et une forme chronique, ou *cnidosis* d'Alibert. Ces deux espèces peuvent être herpétiques ou arthritiques; l'urticaire aiguë est plus souvent arthritique. Bazin décrit aussi une espèce d'urti-

caire de cause externe, produite par la *piqûre de l'ortie* (urtica dioica) [1].

Quant aux *urticaires pathogénétiques*, provoquées par l'ingestion de certains aliments (coquillages, fraises, jambon, alcool, etc.), ce sont généralement des urticaires constitutionnelles, pour lesquelles l'alimentation n'a été qu'une cause déterminante.

Hardy reconnaît trois variétés : 1° l'urticaire simple, 2° l'urticaire tubéreuse, 3° l'urticaire œdémateuse. Il divise, d'une manière générale, l'urticaire en *aiguë* et *chronique*, et il admet aussi une urticaire intermittente qui doit être rattachée à la fièvre intermittente pernicieuse.

Hébra donne une très bonne description générale de l'urticaire, mais ne mentionne pas de formes particulières. D'après lui, l'urticaire est une éruption à marche aiguë, se renouvelant rapidement sur des points divers de la surface cutanée. La maladie prend le caractère de la chronicité, en continuant à se renouveler presque indéfiniment; mais l'éruption elle-même conserve toujours sa marche aiguë. Hébra distingue deux formes, suivant que l'éruption est ou n'est pas précédée et accompagnée de phénomènes généraux. Il indique seulement les complications œdémateuses des lèvres et des paupières, qui peuvent se produire dans l'urticaire de la face. Son étiologie est incomplète et souvent inexacte.

Tilbury Fox considère que l'urticaire est sous la dépendance du système nerveux et fait jouer un rôle important aux *troubles vasomoteurs* dans la pathogénie de cette affection. La description symptomatique est exacte, mais un peu succincte. L'étiologie, l'anatomie pathologique et le traitement sont très incomplets.

Erasmus Wilson admet une *forme aiguë* et une *forme chronique* de l'urticaire. L'urticaire aiguë est subdivisée en : urticaria febrilis, urticaria ab ingestis, urticaria conferta; l'urticaire chronique, en : evanida, perstans, subcutanea, tuberosa. La description générale (symptômes, étiologie et traitement) est très écourtée.

Définition. — L'urticaire est une dermatose érythémateuse aiguë ou chronique, non contagieuse, caractérisée par l'apparition subite de plaques saillantes, papuliformes, tantôt allongées, tantôt irrégulièrement arrondies et variant de la dimension d'une lentille à celle de la paume de la main, plus pâles au centre qui est œdématié, qu'à la

1. Il existe en réalité deux espèces d'orties qui peuvent produire l'urticaire artificielle : 1° l'*Urtica dioïca* (grande ortie), et surtout l'*Urtica urens*, *U. minor* (petite ortie ou ortie grièche), qui est une plante herbacée, monoïque.

périphérie qui est d'un rouge vif, et accompagnées d'une sensation de cuisson et de démangeaison identique à celle que produit la piqûre de l'ortie.

Division. — L'urticaire se présente sous la *forme aiguë* ou sous la *forme chronique*. Ces deux formes ont été subdivisées en variétés très nombreuses, établies, les unes d'après l'aspect de l'éruption (variétés morphologiques), les autres d'après sa durée ou le moment de son apparition (variétés chronologiques), d'autres enfin d'après les causes probables de l'affection (variétés étiologiques).

a. Variétés morphologiques : urticaire simple, U. confluente (conferta), U. tubéreuse, U. noueuse, U. œdémateuse, U. hémorrhagique (purpura urticans), U. autographique (Beaumetz).

b. Variétés chronologiques : urticaire fugace (evanida), U. persistante (perstans), U. diurne, U. nocturne, U. vague.

c. Variétés étiologiques : urticaire *à frigore*, U. arthritique, U. ab ingestis.

Ces variétés n'ont pas l'importance que certains auteurs leur ont attribuée, et quelques-unes méritent à peine une mention spéciale; leur étude doit être rattachée à la description symptomatique générale des deux formes aiguë et chronique.

Symptomatologie.

I. Forme aigue.

Elle est tantôt *fébrile*, tantôt *non fébrile*.

L'*urticaire fébrile* (urticaria febrilis) débute par des symptômes prodromiques, des phénomènes généraux plus ou moins intenses et d'une durée qui peut varier de quelques heures à quelques jours. Ces symptômes sont des frissons, une fièvre modérée, de la céphalalgie, de la courbature, des douleurs épigastriques, des nausées et des vomissements.

L'éruption est annoncée et précédée par le *prurit*, prurit toujours très pénible et quelquefois insupportable, qui donne sur tout le corps la sensation d'une chaleur ardente. L'*éruption* apparaît alors sur les épaules, les bras ou les cuisses; elle reste localisée à une région ou se généralise; elle est caractérisée par des taches saillantes, des élevures papuliformes, tantôt arrondies ou ovalaires, tantôt plus ou moins

irrégulières. Ces taches sont tantôt roses, tantôt d'un rouge vif, tantôt pâles, le plus souvent pâles dans leur centre et rouges à leur pourtour. Elles sont d'une étendue variable; leurs bords sont toujours durs et nettement limités. La sensation de cuisson et les démangeaisons ainsi que la fièvre persistent pendant toute la durée de l'éruption.

Les plaques ortiées ne présentent individuellement qu'une très courte durée, de quelques minutes à plusieurs heures. Mais leur apparition est successive; de nouvelles plaques se montrent quand les premières disparaissent, et celles qui s'étaient effacées peuvent reparaître de nouveau. L'éruption dure ainsi vingt-quatre ou quarante-huit heures, rarement davantage dans les formes simples, et la maladie se termine spontanément par la *résolution complète* des taches ou des plaques cutanées.

L'urticaire présente à considérer diverses particularités relatives à la disposition de l'exanthème et à la saillie des plaques. Celles-ci sont isolées dans l'*urticaria discreta,* confluentes dans l'*urtic. conferta.* L'*urticaire porcelaine* (porcellanæ de Lieutaud) est constituée par de larges plaques blanchâtres irrégulières, reposant sur un fond rouge. Dans d'autres cas, l'éruption se présente, non plus sous la forme de plaques superficielles, mais sous celle de nodosités, de véritables tumeurs saillantes du volume d'une noix (*urticaria tuberosa*). Ces nodosités sont profondément enchâssées dans le derme et déterminent une gêne considérable; elles apparaissent chez les sujets lymphatiques et nerveux, sous l'influence d'une émotion ou de toute autre cause, et disparaissent d'ordinaire assez rapidement. Parfois il n'existe qu'une seule nodosité ou tubérosité à la surface du corps; mais elle atteint alors des dimensions considérables et prend le nom d'*urticaire géante.*

La tuméfaction exceptionnelle des plaques ortiées, qu'on observe dans l'urticaire tubéreuse et dans l'urticaire géante, est due à l'exagération de l'*œdème aigu de la peau,* qui est ici poussé à l'extrême, mais existe aussi à un moindre degré dans les autres formes. C'est principalement dans les régions où la peau est fine et le tissu cellulaire lâche que l'œdème est très appréciable, et, par exemple, au prépuce et au scrotum, aux lèvres et aux paupières; quand l'éruption occupe toute la face, celle-ci présente une intumescence telle que le malade devient méconnaissable.

L'éruption ortiée peut dépasser les limites de la peau et atteindre

les *muqueuses*. On la voit envahir la bouche et le pharynx, à la surface desquels elle forme des plaques rouges saillantes, la langue qui se tuméfie, le voile du palais qui s'épaissit et la luette qui peut être doublée de volume par l'œdème sous-muqueux. Dans d'autres cas, elle s'étend aux fosses nasales et à la muqueuse du larynx et peut déterminer les accidents asphyxiques habituels de l'œdème de la glotte : c'est ce que l'un de nous a observé, à plusieurs reprises, chez un sujet arthritique et dyspeptique, qu'il a pu suivre pendant longtemps.

L'urticaire des parties génitales, chez la femme, peut gagner la face interne des grandes lèvres, l'orifice du vagin, le méat urinaire et le clitoris. Chez un homme, nous l'avons vue s'étendre depuis le prépuce et les bourses, fortement œdématiés, jusqu'au pourtour de la muqueuse anale, où l'éruption, par le gonflement des tissus, simulait presque des tumeurs hémorrhoïdaires.

Partant de ce fait que l'urticaire de la peau peut se propager aux muqueuses, Noël Guéneau de Mussy a pensé que les muqueuses pouvaient aussi être atteintes primitivement et indépendamment de la peau. Il a relaté quelques observations [1] dans lesquelles il y avait alternance entre l'éruption ortiée et certaines affections des voies respiratoires ou digestives qu'on serait tenté de rapporter à l'*urticaire interne*. Mais l'assertion de Guéneau de Mussy a besoin d'être confirmée par des observations cliniques plus nombreuses.

La congestion de la peau, dans l'urticaire, au lieu d'être simplement œdémateuse, peut devenir *hémorrhagique* et constituer alors le *purpura urticans* (Willan) ou *urticaire hémorrhagique* (Bazin). Les plaques ortiées, dans cette forme spéciale de l'exanthème, sont entourées d'un cercle ecchymotique qui persiste après la disparition de l'éruption, en passant par toutes les nuances caractéristiques de l'ecchymose [2].

1. Voy. Guéneau de Mussy, *Considérations sur les endermoses* (*France médicale*, 1879).

2. Cette éruption, dans laquelle il y a coïncidence de l'urticaire et du purpura, a donné lieu à des interprétations différentes. — D'après Willan, le purpura est la lésion principale, l'urticaire est secondaire. D'après Bazin, au contraire, l'urticaire hémorrhagique est une espèce d'urticaire qui se complique d'hémorrhagie. L'hémorrhagie passe quelquefois inaperçue, au premier moment, à cause de la saillie de l'élevure ortiée, mais elle apparaît toujours, sous forme d'une légère ecchymose, quand les plaques d'urticaire sont affaissées. (V. Bazin, *Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique*, p. 161.) Cependant la description de Bazin ne s'applique pas exactement au purpura urticans de Willan; Rayer pen-

L'*urticaire non fébrile* ne diffère de la forme fébrile, que nous venons de décrire, que par la soudaineté de son apparition, l'absence de prodromes, de fièvre et de phénomènes généraux. Mais l'éruption se présente ici avec les mêmes caractères que précédemment et revêt le même aspect dans ses diverses variétés.

Il existe cependant une variété particulière d'urticaire aiguë non fébrile, qui mérite une mention spéciale; c'est cette éruption non prurigineuse, non douloureuse, que Dujardin-Beaumetz a décrite sous le nom d'*urticaire autographique*, que d'autres ont appelée aussi urticaire anesthésique, et dont le Dr Chouel a récemment rapporté trois nouveaux exemples remarquables [1]. Dans cette forme, on ne constate pas de symptômes généraux ou réactionnels, pas de troubles digestifs; *il n'y a aucune démangeaison*, aucune cuisson, mais l'éruption peut être déterminée à volonté : si, avec le doigt, on trace des lignes, des figures, des lettres, à la surface de la peau, on voit les parties touchées se soulever et former des saillies rouges persistantes, sans prurit, qui, après avoir duré un certain temps, disparaissent graduellement et lentement. Cette éruption, dont les exemples ne sont pas très rares, a été attribuée à des *troubles vaso-moteurs*.

II. Forme chronique (cnidosis).

L'exanthème présente, dans la forme chronique, les mêmes caractères que dans la forme aiguë; il peut être pyrétique ou apyrétique. Mais l'éruption se renouvelle plusieurs fois chaque jour, pendant un laps de temps plus ou moins long, quelquefois pendant plusieurs mois consécutifs et même pendant des années; on l'a vue durer plus de dix ans. Cette éruption peut être exclusivement diurne ou nocturne; dans certains cas, son apparition dépend des variations atmosphériques, et c'est toujours sous l'influence du froid ou de la chaleur qu'elle se manifeste.

C'est dans la forme chronique de l'urticaire qu'on observe, assez rarement à la vérité, certaines *complications* plus ou moins graves. La

sait déjà qu'il fallait *séparer le purpura urticans et la forme hémorrhagique de l'urticaire comme deux affections distinctes;* cette distinction est maintenue par Laget qui, à l'exemple d'Hébra, fait du purpura urticans une simple variété du purpura simplex. (V. Laget, *Étude sur le purpura simplex*. Thèse de Paris, 1875. Nous reviendrons sur cette discussion en traitant du purpura.

1. Voy. *Marseille médical*, janvier et février 1881.

persistance de l'éruption ou sa répétition incessante peuvent amener des troubles fonctionnels ou des désordres généraux, tels que vomissements, diarrhée, anorexie et état gastrique, dans d'autres cas, de l'insomnie, de l'agitation, du délire, parfois même cet état de langueur, de dépression, de faiblesse musculaire et d'émaciation qu'on rencontre dans le cours des maladies chroniques; mais il faut reconnaître que ces faits sont exceptionnels.

Plusieurs auteurs ont admis une *forme intermittente* de l'urticaire; cette forme existe, mais nous pensons qu'elle doit donner lieu à une distinction importante : certains cas d'urticaire intermittente sont manifestement sous la dépendance de la fièvre palustre pernicieuse (*febris intermittens urticata* de J. Franck), car ils sont justiciables du sulfate de quinine; d'autres urticaires intermittentes, au contraire, ne sont que des urticaires chroniques dans lesquelles l'éruption se reproduit à des intervalles plus ou moins éloignés.

Diagnostic. — Les trois caractères essentiels de l'exanthème urticé sont : la saillie papuliforme des plaques, leur fugacité, les démangeaisons qu'elles déterminent.

On n'observe rien de semblable dans les différentes variétés d'*érythème* : la rougeur est plus franche, le prurit, quand il existe, beaucoup moins intense, la durée de l'éruption beaucoup plus longue. De plus, certaines variétés, comme l'*érythème papuleux*, l'*E. noueux*, l'*E. circiné*, présentent des particularités caractéristiques, sur lesquelles nous n'avons pas à revenir.

Le début de certains exanthèmes vésiculeux, comme l'*hydroa*, le *pemphigus*, pourrait faire croire au développement de l'urticaire, mais l'erreur ne peut être que de courte durée, par l'évolution de la maladie.

Il est plus important de différencier l'urticaire de l'*érysipèle*, notamment quand ces éruptions siègent à la face. Au premier aspect, l'urticaire de la face, avec le gonflement œdémateux et la rougeur des téguments, pourrait être prise pour un érysipèle. Mais il suffira de se rappeler que la rougeur de l'urticaire est beaucoup moins accusée, tandis que l'œdème est plus considérable; de plus, la fièvre érysipélateuse, l'état des ganglions, la douleur et la tension de la peau, les phénomènes généraux, enfin, qui accompagnent l'érysipèle ne permettront pas longtemps la confusion.

Anatomie pathologique.

La lésion anatomique de l'urticaire est une sorte d'*œdème aigu* du corps papillaire. La congestion vasculaire des papilles va plus loin ici que dans l'érythème et aboutit à l'extravasation séreuse. C'est pourquoi l'éruption ortiée n'est pas constituée par de simples taches, mais par des plaques saillantes, papuliformes, produites par l'augmentation de volume des papilles infiltrées de sérosité.

On peut artificiellement déterminer un œdème partiel de la peau,

Fig. 18. — *Coupe d'une élevure d'urticaire, d'après E. Vidal.* — A, vaisseau lymphatique entouré de leucocytes. — B, vaisseau sanguin entouré de leucocytes. — C, C', amas de leucocytes dans le tissu conjonctif du derme. — D, D', leucocytes en migration (?) dans la couche profonde de l'épiderme.

semblable aux papules de l'exanthème urticé, en injectant quelques gouttes d'eau dans l'épaisseur du derme au moyen d'une seringue de Pravaz; on reproduit ainsi, exactement, la tuméfaction pâle et prurigineuse de l'urticaire (J. Renaut).

La plaque de l'urticaire commence par une tache rouge congestive; puis, quand la lésion a terminé son évolution, les plaques restent rouges à la périphérie et deviennent pâles au centre, d'autant plus pâles qu'elles sont plus étendues. Cela est dû à ce que, plus les plaques sont grandes et saillantes, plus la congestion est intense; il

arrive un moment où « le corps papillaire est tellement tuméfié que les vaisseaux sont complètement comprimés dans son intérieur ; le sang est arrêté sur les bords de la partie enflammée et s'y accumule. La bordure rouge qui entoure la plaque blanche indique donc une hyperémie collatérale provenant de ce que les vaisseaux capillaires sont devenus imperméables dans l'intérieur de la partie tuméfiée. » (Rindfleisch) [1].

La *pathogénie* de l'urticaire a été rapportée, non sans raison, par

Fig. 19. — *Coupe d'une élevure d'urticaire surmontée d'une vésicule, d'après E. Vidal.* — A, débris de la vésicule. — B, cellules épithéliales sous-jacentes, dont les plus superficielles sont en partie vésiculeuses et dont les autres sont troubles. On voit quelques leucocytes entre des cellules épithéliales. — C, filets nerveux non altérés. — D, D', D'', leucocytes autour des vaisseaux et dans le tissu du derme. — E, vaisseau lymphatique dilaté. — F, glande sudoripare. — G, tissu conjonctif et fibres élastiques.

quelques auteurs, à des troubles vaso-moteurs (Vulpian, E. Vidal, etc.). « Chez un sujet prédisposé, qu'une cause, interne ou locale, vienne exciter l'action des nerfs vaso-moteurs, cette excitation sera aussitôt suivie de la contraction des capillaires cutanés, puis, bientôt après, de leur parésie et de leur congestion, avec ralentissement de la circulation et suffusion séreuse dans le derme. » (Vidal.) L'auteur que nous venons de citer admet aussi que l'exsudation vasculaire entraîne la diapédèse des leucocytes ; il suppose même que ces leucocytes, sortis de leurs vaisseaux, peuvent être résorbés sur place ou bien sont

1. Voy. Rindfleisch, *Histologie pathologique*, trad. par Gross, p. 295-296 ; J. Renaut, in Cornil et Ranvier, *Histologie pathol.*, 3e partie, p. 1178 (Œdèmes de la peau) ; E. Vidal, *An. pathol. de l'urticaire* (*Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 25 juillet 1879, et *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1880).

entraînés vers la couche cornée de l'épiderme par un courant migrateur. Nous reproduisons les figures qui représentent les phénomènes décrits par E. Vidal et que notre éminent confrère a bien voulu mettre à notre disposition, avec une obligeance dont nous ne saurions trop le remercier ; mais nous ne pouvons accepter sa théorie qu'avec les plus extrêmes réserves.

Etiologie.

L'urticaire peut être provoquée par des causes multiples, externes ou internes, que nous rangerons sous les chefs suivants :

a. **Agents extérieurs.** — Les piqûres d'orties, qui ont servi à dénommer la maladie, les piqûres d'insectes, tels que les puces, les punaises, les poux (les morpions), les cousins, etc., le contact irritant de certaines chenilles (chenille processionnaire), de la plupart des acalèphes, comme les méduses, sont les causes les plus communes de l'*urticaire artificielle*. Dans tous ces cas-là, on trouve, au centre de l'élevure urticée, un point plus foncé qui est le siège de la piqûre. La persistance de l'urticaire de cause externe est proportionnée à la persistance de l'action causale. Chez certaines hystériques, il n'est même pas nécessaire d'une piqûre pour produire l'urticaire ; le moindre frottement suffit pour provoquer l'éruption.

b. **Médicaments.** — Les balsamiques (copahu, térébenthine, etc.), l'hydrate de chloral à l'intérieur, qui produisent plus fréquemment l'érythème, peuvent aussi donner lieu à une éruption ortiée (*urticaire pathogénétique* de Bazin). Cette urticaire est remarquable par son début brusque, les troubles gastro-intestinaux et quelquefois la courbature et la céphalalgie qui l'accompagnent. L'éruption ne disparaît pas toujours aussi vite que dans l'urticaire simple ; mais rarement la défervescence se fait attendre plus de vingt-quatre heures.

c. **Aliments.** — Les substances alimentaires qui déterminent le plus fréquemment l'urticaire sont : les moules, les huîtres, les crustacés, la charcuterie, les fraises, les œufs, l'eau de Seltz (J. Franck), etc. L'éruption est presque toujours accompagnée de troubles gastriques (vomissements, diarrhée) et quelquefois d'une véritable indigestion ; elle débute parfois par les mains et les pieds, souvent par le visage, qu'elle abandonne pour envahir les autres parties du corps.

d. **Maladies générales, infectieuses.** — En première ligne, il faut placer la *fièvre intermittente palustre*, dont les accès peuvent être

compliqués d'éruption ortiée ; dans d'autres cas, cette éruption existe seule : elle apparaît périodiquement, comme de véritables accès de fièvre larvée.

On a signalé quelques rares observations d'urticaire éphémère au début ou vers le deuxième septenaire de la fièvre *typhoïde*, et au début de la *variole :* dans ce cas, l'exanthème ortié disparaît dès que se montrent les pustules. A ce propos, il était intéressant de savoir quelle influence pouvait avoir une variole intercurrente sur une urticaire chronique; or il est prouvé que la maladie infectieuse ne modifie pas la marche ultérieure de la dermatose primitive. Lorsque la variole atteint un individu affecté depuis longtemps d'urticaire chronique, l'urticaire disparaît momentanément, mais elle récidive sous la même forme quand la variole est guérie.

Il est douteux que l'urticaire vraie se montre pendant la période prodromique de la *rougeole;* mais, dans la *diphthérie* (angine couenneuse et croup), on l'observe quelquefois : elle est alors d'un pronostic grave, comme toutes les éruptions secondaires qui surviennent dans le cours des maladies infectieuses.

e. **Lésions viscérales** (*causes anatomo-pathologiques*). — Il n'est pas rare d'observer l'urticaire chez les malades atteints de *kystes hydatiques du foie;* les médecins scandinaves les premiers ont attribué l'éruption qui se développe dans ces conditions à la rupture spontanée d'une poche hydatique dans le péritoine [1]. La ponction capillaire d'un kyste non adhérent à la paroi abdominale, lorsque quelques gouttes du liquide tombent dans la cavité péritonéale, est aussi fréquemment suivie de l'apparition de l'exanthème ortié.

Il n'est pas très rare d'observer l'urticaire dans l'*ictère ;* on a signalé son existence dans certains cas d'*albuminurie* et de lésions rénales, dans les *affections utérines* (Scanzoni, Hébra), dans l'helminthiase, dans la *dyspepsie*, etc. Mais relativement à la dyspepsie et aux troubles gastro-intestinaux chroniques, rien ne prouve que l'urticaire soit directement sous leur dépendance; il est beaucoup plus vraisemblable d'admettre que les troubles digestifs et la dermatose sont produits par la même cause et que cette cause est la diathèse arthritique.

1. Voy. Jön Finsen, *Les échinocoques en Islande*, trad. in *Arch. générales de méd.*, 1869.
Féréol, Académie de médecine, 25 mai 1880.

f. **Maladies constitutionnelles ou diathésiques.** — C'est en effet à l'*arthritisme* qu'il faut rapporter presque toujours l'exanthème urticé. Dans les quatre cinquièmes de nos observations d'urticaire, soit à l'hôpital, soit dans la pratique de la ville, c'est le *rhumatisme* qui doit être incriminé [1]. Cette affection cutanée est aussi très fréquente chez les *arthritiques goutteux*, et dans cette catégorie nous plaçons non seulement les goutteux proprement dits, mais aussi les graveleux, les asthmatiques et les sujets atteints de lithiase biliaire.

Le plus souvent, l'urticaire arthritique revêt la *forme chronique;* elle se montre par accès irrégulièrement périodiques, que le moindre écart de régime suffit à faire naître et qui peuvent provoquer une certaine réaction fébrile au moment des attaques.

g. **Causes physiologiques. Age. Sexe** — L'urticaire est assez commune dans l'enfance, où elle suit toujours une marche aiguë et fébrile, très fréquente dans la jeunesse, de plus en plus rare à mesure qu'on s'approche de la vieillesse.

Le *sexe* féminin, d'après les statistiques, est plus fréquemment atteint. Cette prédisposition de la femme tient à diverses causes : les *troubles de la menstruation* (tantôt l'aménorrhée, tantôt au contraire l'apparition des règles), la *grossesse* et surtout le *tempérament nerveux*. Le nervosisme et l'*hystérie* sont en effet, avec l'arthritisme, les causes les plus fréquentes de l'urticaire, qui, chez les sujets excitables, peut être provoquée par toutes les impressions morales vives, la colère, le joie, la peur, etc. La fréquence des éruptions ortiées d'origine nerveuse est même un argument important en faveur de la théorie qui attribue l'urticaire à des troubles vaso-moteurs cutanés.

h. **Causes cosmiques.** — Les *saisons* ne semblent pas exercer d'influence directe sur le développement de l'urticaire. Il nous a semblé pourtant que cette dermatose était plus fréquente pendant l'hiver que pendant l'été; mais nous pensons que cette différence tient uniquement à l'alimentation, qui est d'habitude plus excitante en hiver. Toutefois, s'il est vrai qu'on observe indifféremment l'urticaire pendant les saisons chaudes, froides ou tempérées, il faut reconnaître que les variations de température, et surtout les variations brusques, peuvent entrer pour une certaine part dans l'étiologie de cette affection.

Les *climats* n'ont pas plus d'action que les saisons sur la fréquence

1. Statistique de M. Hillairet.

de l'urticaire. Si J.-P. Franck a pu dire que cet exanthème était plus commun en Russie qu'en Italie, cette prépondérance des climats froids ne tient pas à la température, mais au genre d'alimentation.

Les savantes recherches de climatologie médicale de Lombard (de Genève) fournissent à cet égard des renseignements propres à fixer l'opinion des pathologistes. Lombard a trouvé que, chez les habitants du Kamtchatka, l'urticaire, produite le plus habituellement par l'ingestion de moules ou d'autres coquillages, présentait la même fréquence que chez les Indiens du Labrador et de la baie d'Hudson. Il y a également peu de différence entre les régions tempérées et les régions polaires, comme entre celles-là et les régions tropicales. D'après le même auteur, on rencontrerait moins fréquemment l'urticaire au Canada et aux Antilles que dans les Indes orientales et même dans le Royaume-Uni, où l'on trouve un chiffre double de celui du Canada et des Antilles. Mais cet écart considérable doit tenir surtout à des différences dans l'alimentation, car il est bon de noter que les conclusions de Lombard, principalement pour ce qui concerne le Royaume-Uni, sont basées sur les statistiques de l'armée anglaise. Si l'on considère seulement les chiffres relatifs au Canada et aux Antilles, on voit qu'il n'y a, entre les climats extrêmes, qu'une différence absolument insignifiante; et, en ne tenant pas compte de l'alimentation, on trouve que l'urticaire atteint sa plus grande fréquence dans les climats tempérés.

Si l'on examine, comparativement aux recherches précédentes, les relevés statistiques de Lombard touchant le rhumatisme, on voit, de même, que cette diathèse est répandue à peu près uniformément à la surface du globe, comme l'urticaire qui, le plus souvent, n'est qu'une de ses manifestations. Il n'en est pas de même, il est vrai, pour l'arthritisme goutteux, qui paraît plus spécialement confiné dans les grands centres fortunés de l'Europe et de l'Amérique du Nord.

Traitement.

Comme l'*urticaire aiguë* disparaît rapidement d'elle-même, l'expectation est la seule thérapeutique qui lui convienne. On a essayé d'atténuer le prurit par l'application de topiques pulvérulents (poudre d'amidon), par des lotions calmantes (hydrate de chloral au cinquantième) ou acides (eau vinaigrée) : ces moyens n'ont qu'un résultat

douteux. Il est plus important de surveiller l'état des voies digestives et d'administrer à propos un vomitif ou un purgatif. Si l'éruption envahit les muqueuses pharyngée et laryngée et gêne la respiration, il faut avoir recours aux antispasmodiques (sirop d'éther ou liqueur d'Hoffmann). Pour prévenir le retour de l'exanthème, il est avantageux de soumettre les malades au traitement alcalin : l'eau de Vals ou de Vichy, le bircarbonate de soude, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, seront souvent très utiles.

C'est aussi et surtout par la médication alcaline qu'il convient de traiter l'*urticaire chronique*, car cette affection, comme nous l'avons dit, est le plus souvent d'origine arthritique. On a employé également avec quelque succès le sulfate de quinine, dont on doit prolonger l'usage pendant une quinzaine de jours, pour en obtenir des effets. Le salicylate de soude paraît avoir été efficace dans un certain nombre de cas. Quant à l'arsenic, si vanté par Bazin dans l'urticaire herpétique (?), tout le monde est d'accord aujourd'hui pour ne lui reconnaître aucune action.

Le sulfate d'atropine à la dose de 1 milligramme ou 1/2 milligramme par jour a été employé chez les sujets nerveux principalement; ce médicament, dont l'action sur les vaso-moteurs est aujourd'hui bien démontrée, compte aussi quelques succès.

Le traitement local ne doit pas non plus être négligé dans l'urticaire chronique ou cnidosis. Les lotions éthérées (un tiers d'éther et deux tiers d'eau tiède), qu'on laisse évaporer sur la peau, nous ont toujours donné d'assez bons résultats et calment habituellement les démangeaisons.

N. B. Voir la planche en chromolithographie de l'urticaire, à la fin du volume : Pl. II, fig. 2

QUATRIÈME GENRE

ÉRYSIPÈLE

La plupart des auteurs ont l'habitude, pour se conformer aux exigences de l'enseignement clinique, d'établir dans la description de l'érysipèle une division arbitraire et artificielle, qui consiste à étudier séparément l'*érysipèle spontané de la face* ou *érysipèle médical* et l'*érysipèle chirurgical*. Nous ne croyons pas que cette division soit justifiée. L'érysipèle, quel que soit son siège, est constitué par les mêmes symptômes fondamentaux, et l'érysipèle dit *spontané* ne diffère pas essentiellement de l'érysipèle traumatique.

Nous décrirons donc l'*érysipèle en général*, envisagé dans sa nature même et dans ses principales manifestations, en insistant toutefois particulièrement sur sa variété la plus fréquente et la plus importante pour le médecin, l'érysipèle de la face.

Définition. — On a donné bien des définitions de l'érysipèle, les unes purement morphologiques, d'autres anatomo-pathologiques; ces dernières constituent déjà un progrès sur les précédentes; mais aucune de ces définitions n'est satisfaisante, parce qu'aucune ne renferme en elle l'indication du caractère essentiel de la maladie, indication qui ne peut être fournie que par les données étiologiques.

En fait, l'érysipèle est une maladie *exanthématique*, fébrile, *contagieuse*, une inflammation de la peau ou *dermatite spécifique*, inflammation qui intéresse particulièrement les origines des lymphatiques et dont la nature infectieuse n'est plus aujourd'hui mise en doute par personne.

Et cependant ce n'est pas sans peine que cette idée moderne et

véritablement scientifique a pénétré dans tous les esprits; le temps n'est pas encore loin où l'on considérait toutes les causes externes de l'érysipèle comme des causes occasionnelles, et Chomel professait encore que la véritable cause de l'érysipèle, même dans les traumatismes, était une *prédisposition*. Au reste, quelques mots d'historique à cet égard seront instructifs pour le lecteur.

Historique. Pathogénie.

Sous le nom d'érysipèle, les anciens confondaient un grand nombre d'affections cutanées, dont le caractère commun était une tuméfaction rouge et douloureuse de la peau. On trouve bien dans *Hippocrate* [1] la relation d'une épidémie d'érysipèle; mais il est difficile d'affirmer s'il s'agit en effet d'érysipèle ou d'un autre exanthème. Cette confusion persiste d'ailleurs jusqu'à un temps assez rapproché de nous, puisque *Boyer* [2] décrivait encore le zona sous le nom d'érysipèle pustuleux.

Cependant, à part cette erreur et quelques autres d'un ordre secondaire, l'érysipèle était, au point de vue morphologique, une maladie à peu près connue et assez exactement délimitée à la fin du siècle dernier. On trouve une bonne description de l'érysipèle dans F. Hoffmann, et, depuis lors, tous les traités de médecine et de chirurgie qui se sont succédé renferment l'histoire symptomatique de cette inflammation cutanée, presque aussi complète qu'on pourrait la faire aujourd'hui. C'est seulement sur la propagation de l'érysipèle aux muqueuses et sur l'érysipèle interne que les travaux contemporains, en premier lieu le remarquable mémoire de *Gubler* (1856) [3] et consécutivement les thèses d'*Aubrée* (1857) et de *Labbé* (1858), ont ajouté un important chapitre à la description clinique de l'érysipèle.

Mais, si nos connaissances sur la symptomatologie de l'érysipèle remontent à une époque éloignée, c'est seulement dans ces dernières années que l'anatomie pathologique et surtout l'étiologie et la pathogénie de cette affection ont été élucidées d'une manière précise. De sorte qu'on pourrait diviser en trois périodes l'histoire de la médecine

1. *Epidém.*, l. III, c. II.
2. Voy. *Traité des maladies chirurgicales*, par le baron Boyer, 5e édit. revue par Philippe Boyer, t. II, p. 36.
3. Voy. Gubler, *Observ. d'érysipèle interne*, in *Bull. de la Société de biologie*, 1856, p. 40.

signe évident de la nature infectieuse de la maladie, qui, à ce titre, mérite le nom de parasitaire [1].

Les bactéries de l'érysipèle sont des *micrococcus* isolés ou réunis en chapelet, le plus souvent associés deux par deux. On les rapporte généralement à l'espèce *Bacterium punctum;* mais cette détermination spécifique n'a aucune importance, car on sait d'une manière générale que le même cryptogame peut changer de forme suivant les périodes de son évolution et paraître tantôt à l'état de spores (micrococcus), tantôt à l'état de filaments (bacilli). Quoi qu'il en soit, jamais, dans l'érysipèle, les microphytes ne font défaut, quand leur recherche est pratiquée avec soin et quand on emploie un grossissement suffisant; l'objectif à immersion n° 7 de Nachet ou n° 9 de Hartnack est nécessaire pour une observation sérieuse.

Mais, si la nature infectieuse et parasitaire de l'érysipèle est maintenant un fait démontré, si personne ne songe plus à nier les propriétés contagieuses de cette maladie, il faut reconnaître que la même certitude n'existe pas relativement au *mode de contagion.* Est-ce seulement une contagion médiate, miasmatique, s'exerçant par l'intermédiaire de l'atmosphère, ce qui n'est pas contesté, ou bien l'érysipèle est-il de plus inoculable? C'est une question encore controversée. Les expériences de Orth, celles plus récentes de *Tillmanns* [2] semblent bien prouver que l'inoculation de la sérosité des phlyctènes de l'érysipèle, aussi bien que celle du pus, du sang et des liquides de culture, donne naissance, chez le lapin, à de véritables érysipèles serpigineux, très nettement partis de la piqûre, qui se terminent quelquefois par suppuration et, dans tous les cas, entraînent rapidement la mort. Ch. Bouchard, dans son cours, a relaté des faits cliniques du même ordre [3]. Mais, d'autre part, Lukomski prétend que les inoculations dont nous venons de parler produisent bien des abcès, de l'œdème, des accidents inflammatoires variés, jamais l'érysipèle franc [4]. L'un de nous

1. Voy. Ch. Robin, art. GERMES du *Dict. encyclopéd. des sciences méd.*, p. 579. Bien qu'adversaire convaincu de la théorie dite « des germes », l'éminent professeur écrit textuellement que « la présence des bactéries dans un tissu ou dans une humeur montre que quelque principe immédiat y est en voie de décomposition; reste à savoir si la bactérie est la cause première du mal, si *post hoc ergo propter hoc*, CE QUI N'ENLÈVE RIEN A LA GRAVITÉ POSSIBLE DE L'ÉPIPHÉNOMÈME, QUAND IL EST CONSTATÉ SUR LE VIVANT ET NON SUR LE CADAVRE. »

2. V. *Archives de Langenbeck*, 1878, t. XXIII.

3. Bouchard, *Cours de la Faculté de médecine de Paris* (1880-81) [*inédit*].

4. Voy. Duclaux, *Ferments et maladies*, le chapitre consacré à l'érysipèle.

a essayé, à plusieurs reprises, à l'hôpital Saint-Louis, d'inoculer l'érysipèle, dans un but thérapeutique, à des malades atteints de lupus de la face, et jamais il n'a pu réussir dans ses tentatives. Nous croyons donc que, pour l'instant, la question de l'inoculabilité de l'érysipèle doit être réservée.

Étiologie.

Toutes les données étiologiques que nous possédons sur l'érysipèle s'accordent avec la théorie que nous venons d'exposer sur la pathogénie de cette affection.

a. **Causes occasionnelles.** — Le plus souvent, l'érysipèle se développe autour d'une plaie, d'une ulcération ou d'une excoriation cutanée, si légère qu'elle soit, ou bien à la suite d'une éraillure de la peau, distendue par l'œdème ou lésée par une compression prolongée. La solution de continuité du tégument externe est la porte d'entrée par où pénètrent le miasme érysipélateux ou les bactéries spécifiques de la maladie, suivant l'idée qu'on se forme de la nature de l'agent infectieux de l'érysipèle. Les plaies accidentelles paraissent prédisposer davantage à cette complication que les plaies opératoires [1], et les plaies faites par l'instrument tranchant davantage que les plaies produites par les caustiques. Enfin, de toutes les régions, la tête est celle où l'érysipèle se développe le plus facilement.

Parfois cependant on ne trouve aucune lésion de la peau, mais alors on apprend que l'exanthème a été précédé d'un mal de gorge, d'un énanthème qui lui-même a vraisemblablement pris naissance à la suite d'une excoriation ou d'une irritation de la muqueuse. Depuis que l'histoire de ces érysipèles internes est élucidée, on trouve beaucoup moins de cas d'érysipèles dits spontanés.

Quand aucune plaie cutanée ou muqueuse ne paraît avoir été le point de départ de la maladie, faut-il donc admettre que le miasme érysipélateux a pu pénétrer à travers l'épiderme intact? Cette opinion a été professée par certains auteurs; mais nous pensons plutôt, pour notre part, qu'il existe toujours, même dans les cas douteux, une lésion minime de l'épiderme cutané ou muqueux, lésion inappréciable à l'œil nu ou qu'une observation insuffisante n'a pas permis de découvrir.

b. **Causes efficientes.** — Telle est l'*unique cause occasionnelle de*

1. Voy. Gosselin, art. d i *Dict. de méd. et chir. pratiques.*

l'érysipèle : une *solution de continuité du tégument cutané ou muqueux.* Quant aux *causes efficientes* de cette maladie, elles résident dans l'air ambiant; ce sont toutes les causes dites *atmosphériques.* En première ligne, il faut placer l'encombrement, la malpropreté, la mauvaise hygiène qu'on retrouve dans l'étiologie commune de toutes les maladies infectieuses. Il est des lieux, des salles d'hôpitaux où l'érysipèle règne en permanence et peut être considéré comme endémique.

La *coïncidence de la fièvre puerpérale avec l'érysipèle* a été remarquée depuis longtemps par un grand nombre d'observateurs. Underwood, Paul Dubois et Moreau ont déjà attiré l'attention sur ce grave sujet; on trouvera l'exposé très complet des rapports qui relient intimement ces deux affections dans l'article déjà cité de Maurice Raynaud [1]. Les locaux infectés par la fièvre puerpérale donnent naissance à des érysipèles sur les individus sains : les infirmières, les sages-femmes de la Maternité appelées à soigner les parturientes, dans les épidémies de fièvre puerpérale, sont fréquemment atteintes d'érysipèle. De même, le voisinage de salles de chirurgie, infectées par l'érysipèle, détermine chez les femmes en couches des épidémies de fièvre puerpérale. Pour se convaincre de la vérité de cette assertion, on n'a qu'à se rappeler la désastreuse statistique de la clinique d'accouchements, quand les salles d'obstétrique étaient voisines du service chirurgical dans l'ancien hôpital des Cliniques. Dans tous les hôpitaux généraux où il existe des maternités, des faits analogues ont été maintes fois constatés et signalés au public médical. On a observé, de plus, que l'érysipèle épidémique des nouveau-nés règne surtout pendant les épidémies de fièvre puerpérale. Sur la même femme récemment accouchée, on a vu la coïncidence de la fièvre puerpérale et de l'érysipèle des cuisses; et on en a conclu que les deux affections étaient de même nature, qu'elles pouvaient être considérées comme deux manifestations parallèles du même état infectieux, que la nouvelle accouchée était comparable à un blessé, que la plaie placentaire était la porte d'entrée par où pénétrait le miasme érysipélateux, et que le même agent infectieux produisait en même temps la fièvre puerpérale, comme manifestation générale, et l'érysipèle, étendu progressivement de l'utérus au vagin, à la vulve et aux cuisses, comme manifestation locale. Ce sont là des faits admis aujourd'hui par tous les médecins.

1. Voy. *Dict. de méd. et chir. pratiques, loc. cit.*

Il faut reconnaître cependant qu'il existe toujours un certain inconnu dans l'étiologie de l'érysipèle, relativement aux causes extérieures. Une multitude de faits nous apprennent qu'il est des époques où cette maladie est beaucoup plus fréquente qu'à d'autres; c'est au point qu'alors les chirurgiens n'osent pas entreprendre la plus petite opération. On a cherché à expliquer l'irrégularité de fréquence de l'érysipèle par le mot vague de *constitution médicale*, ce qui veut dire que la dispersion des germes morbides dans l'atmosphère n'existe pas toujours avec une égale profusion. Mais, quant à la raison de cette irrégularité, que personne ne peut contester, toutes les conditions d'hygiène, de propreté et de tempérament restant les mêmes, c'est encore un mystère que nul n'a pu pénétrer. L'influence des saisons et des climats est tellement controversée qu'il ne faut plus lui accorder aucune importance : J. Franck regarde les érysipèles comme plus communs en hiver, tandis que Chomel et Blache les croient au contraire plus fréquents au printemps et surtout pendant l'automne, de sorte qu'il est impossible de se former une opinion à cet égard.

c. **Causes prédisposantes.** — Les *causes prédisposantes* de l'érysipèle, auxquelles les anciens accordaient la prépondérance dans l'étiologie de la maladie, sont fournies par le sujet sur lequel l'érysipèle se développe. Ces causes, quoi qu'on en ait dit, n'ont qu'une importance secondaire ; cependant il est vrai que certains organismes sont plus aptes que d'autres à contracter l'érysipèle et qu'ils constituent un *terrain favorable à l'éclosion du germe morbide*. Le tempérament scrofuleux est une prédisposition à la production de l'érysipèle, à cause des éruptions, des inflammations et des ulcérations fréquentes dont la peau et les muqueuses sont le siège chez les strumeux; chez eux aussi, l'exanthème affecte une forme particulière : il est plutôt œdémateux que franchement inflammatoire.

L'érysipèle n'est pas rare comme *complication des maladies graves*, aiguës ou chroniques, et particulièrement des maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde ou la tuberculose. Il prend alors une gravité exceptionnelle; « même lorsqu'il est peu intense et qu'il reste limité à un très petit espace, il n'en constitue pas moins une circonstance fâcheuse ; car, s'il n'est pas assez grave pour entraîner la mort par lui-même, il affaiblit du moins tellement les malades qu'il accélère le terme fatal ou le provoque [1]. »

1. Voy. Grisolle, *Pathologie interne*, 9e édition, t. I, p. 644.

Mais il est des cas, au contraire, où l'*érysipèle secondaire*, loin d'être une complication, devient un *phénomène salutaire :* nous voulons parler de l'érysipèle qui se développe sur des affections chroniques de la peau, l'eczéma, l'impétigo et surtout le lupus. L'inflammation substitutrice déterminée par l'exanthème érysipélateux est souvent un moyen de guérison fourni par la nature pour ces affections si rebelles.

Il y a aussi une condition physiologique qui prédispose particulièrement à l'érysipèle : c'est l'*état cataménial*. Certaines femmes sont atteintes d'érysipèle de la face à chacune de leurs époques menstruelles; ces *récidives* fréquentes et en quelque sorte périodiques, si contraires à tout ce que nous savons des autres maladies infectieuses, font de l'érysipèle une affection à part et tellement différente des autres, que la récidive constitue, au contraire, dans ce cas-là, une prédisposition nouvelle, et que les individus sont d'autant plus aptes à contracter la maladie, qu'ils ont été atteints par elle, antérieurement, un plus grand nombre de fois.

L'*âge* n'a d'influence dans l'étiologie de l'érysipèle que relativement au siège de l'exanthème. Chez les nouveau-nés, l'érysipèle se montre principalement sur l'abdomen, autour de la région ombilicale, où il est provoqué par l'inflammation du cordon, chez les adultes à la face, et chez les vieillards aux membres et surtout aux membres inférieurs [1]. D'une manière générale, d'après les calculs de Naumann, la maladie aurait son maximum de fréquence entre vingt et quarante-cinq ans [2].

Relativement au *sexe*, les statistiques de Franck, de Chomel, de Louis et de Grisolle s'accordent pour prouver que l'érysipèle de la face est plus fréquent chez la femme que chez l'homme [3].

On ne sait rien de précis sur l'influence de l'*alimentation;* tout ce qu'on a dit sur les effets produits par l'abus des aliments épicés et les excès alcooliques est fort contestable et ne repose sur aucun fait certain.

Anatomie pathologique.

Les lésions de la peau érysipélateuse sont plus marquées sur le vivant que sur le cadavre; cependant il ne faudrait pas croire, comme

1. Voy. Valleix, *Guide du médecin-praticien*, 3e éd., t. V, p. 366.
2. Naumann, *Handb. der med. Klinik*, Berlin, 1832.
3. Voy. Grisolle, *loc. cit.*, t. I, p. 645.

certains auteurs l'ont écrit, qu'elles disparaissent complètement après la mort.

a. La peau est rouge et congestionnée, les vaisseaux capillaires sont gorgés de sang. L'inflammation des réseaux lymphatiques, qui est la caractéristique de l'érysipèle, se traduit quelquefois par la présence, sur les parties malades, de traînées rouges, superficielles, visibles à la loupe, souvent aussi par la phlegmasie des lymphatiques plus volumineux (angioleucite concomitante), et toujours par l'*engorgement des ganglions* dont dépend la région enflammée : ganglions sous-maxillaires et parotidiens s'il s'agit de la tête, ganglions inguinaux si l'érysipèle siège au membre inférieur, ganglions épitrochléens et axillaires s'il siège au membre supérieur ou au tronc.

Le derme est tuméfié, épaissi et infiltré par un *exsudat séro-fibrineux* qui renferme toujours, ainsi que l'a montré Vulpian, une notable quantité de leucocytes.

Le tissu cellulaire sous-cutané est le siège d'un œdème inflammatoire, surtout appréciable dans les régions dépourvues de graisse, comme les paupières et le scrotum ; il renferme quelquefois du pus infiltré ou réuni en foyer, mais la suppuration est alors une lésion consécutive ou de terminaison. Il en est de même des plaques de sphacèle plus ou moins étendues, atteignant la peau et le tissu cellulaire, qu'on observe dans certains érysipèles graves.

Le microscope a permis d'étudier plus complètement et plus minutieusement encore les lésions de la peau dans l'érysipèle. Il a montré que cet exanthème n'était pas seulement une congestion, mais une inflammation, une véritable *dermite aiguë* [1]. Ce qui le prouve, c'est la prolifération des cellules du tissu conjonctif (noyaux embryoplastiques et corps fibro-plastiques), qui accompagne toujours la production des lencocytes, dont le derme est infiltré surtout au voisinage des vaisseaux. Ces leucocytes sont en nombre très variable, suivant l'intensité de l'inflammation; ils sont fréquemment accompagnés de quelques globules rouges provenant très vraisemblablement de la rupture de fins capillaires de la peau. Dans les cas ordinaires, la multiplication des leucocytes et la prolifération des cellules fibro-plastiques sont tou-

1. Voy. Cornil et Ranvier, *Histologie pathologique*, t. III.
J. Renaut, thèse de Paris, 1874 : *Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'érysipèle et des œdèmes de la peau.*

jours très limitées, et c'est pour cela que, le plus souvent, la résolution s'opère facilement sans laisser de traces appréciables.

L'*épiderme* est aussi altéré consécutivement sous l'influence de la congestion inflammatoire du derme. Les cellules du corps muqueux, qui ont souffert dans leur nutrition, subissent une modification qu'on observe dans presque toutes les inflammations cutanées : c'est la *dégénérescence vésiculeuse* avec atrophie du noyau. De plus, l'exsudation séro-fibrineuse plus ou moins chargée de leucocytes, dépassant les limites du derme, pénètre dans le corps muqueux de Malpighi, traverse la couche des cellules dentelées fortement adhérentes les unes aux autres et s'accumule dans la couche épidermique la moins résistante, celle dont les éléments sont le plus faciles à disjoindre, à l'union du *stratum granulosum* et du *stratum lucidum* [1]. C'est à ce niveau que se forment les *vésicules* et les *bulles* qu'on observe quelquefois, comme phénomènes accessoires, dans l'érysipèle.

b. Que l'érysipèle ait pris naissance sur les *muqueuses* ou qu'il les ait envahies par propagation, dans les deux cas, celles-ci sont le siège d'un *enanthème* comparable, en tout point, à l'exanthème cutané. Les muqueuses les plus fréquemment atteintes sont celles de la *bouche*, du *pharynx*, du *nez*, etc. Elles présentent la même coloration rouge que la peau, le même gonflement œdémateux, et l'infiltration sous-muqueuse est de même nature que l'infiltration sous-cutanée.

c. Les ***lésions viscérales*** de l'érysipèle ont été rattachées par beaucoup d'auteurs à ce qu'on a appelé l'***érysipèle interne***. Cette expression doit être conservée, car elle est justifiée par la théorie pathogénique que nous avons développée plus haut. Puisque l'on admet que l'érysipèle est une maladie générale, une *infection* totale de l'économie, il n'est pas extraordinaire que cette infection prouve sa possession de l'économie tout entière par des ***sommations morbides*** du côté des principaux appareils organiques.

Certaines de ces manifestations de l'érysipèle interne peuvent, il est vrai, trouver leur explication dans la propagation de l'inflammation par continuité de tissu : telle par exemple la pneumonie érysipélateuse ; mais il en est d'autres, comme les complications cardiaques ou rénales, pour lesquelles il est indispensable d'invoquer l'influence directe d'une cause générale, et cette cause, il faut la chercher dans

1. Voir, précédemment, l'histologie de la peau, p. 19.

l'altération du sang par le principe infectieux de l'érysipèle, quelle que soit sa nature, et dans les modifications spéciales que cette altération fait subir aux éléments anatomiques.

Quoi qu'il en soit, l'inflammation spécifique, que nous avons déjà montrée propagée à la bouche et au pharynx, peut s'étendre encore plus loin, à la muqueuse laryngo-bronchique, quelquefois très nettement à une seule bronche, l'autre restant indemne, et enfin au parenchyme pulmonaire. Les observations de Labbé, de Strauss, de Damaschino, de Stackler [1], ont montré que la pneumonie érysipélateuse était une *broncho-pneumonie aiguë*, une pneumonie lobulaire à forme pseudo-lobaire, et les recherches histologiques de Strauss tendraient à prouver, sauf confirmation ultérieure, que cette broncho-pneumonie spéciale diffère essentiellement, au point de vue anatomique, de la broncho-pneumonie ordinaire, par l'absence complète de moule fibrineux dans les alvéoles et par l'intégrité du revêtement épithélial alvéolaire [2]. L'analogie des altérations des alvéoles pulmonaires avec les lésions de la peau et des muqueuses porte à penser que la phlegmasie pulmonaire, dans l'érysipèle, n'est pas seulement une broncho-pneumonie de nature et d'origine érysipélateuses, mais un *véritable érysipèle du poumon.*

Les *déterminations cardiaques* de l'érysipèle sont assez rares. Jaccoud [3] signale, par ordre de fréquence, l'*endocardite*, surtout fréquente à l'orifice mitral, la *péricardite*, qui ne dépasse jamais le degré de la péricardite sèche et est toujours liée à l'endocardite, la *myocardite*, qu'il regarde comme plus rare et qu'il considère comme une myosite par hyperthermie. Sevestre [4] pense au contraire que la myocardite

1. Voy. Labbé, thèse de Paris, 1858. L'observation de Labbé est la première en date.

Strauss, *Revue mensuelle*, 1879. C'est le travail le plus important sur cette question.

Stackler, thèse de Paris, 1881 : *De la broncho-pneumonie érysipélateuse.*

2. « Sur les coupes du poumon on voit que le liquide qui s'écoule des surfaces de section renferme des globules de pus et des globules rouges, mais aucun moule fibrineux. Les alvéoles pulmonaires sont complètement obstruées par des leucocytes *sans aucune trace de fibrine.* En chassant les leucocytes des alvéoles, ceux-ci apparaissent avec leurs contours corrects, sans que l'on puisse constater la présence de cellules épithéliales gonflées, multinucléaires, comme c'est le fait de la pneumonie catarrhale. Les trabécules mêmes des alvéoles et des septa interlobulaires sont aussi fortement infiltrés de globules de pus. » (Strauss, *loc. cit.*)

3. Voy. Jaccoud, *Clinique de Lariboisière*, *Pathologie interne*, et *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, juin 1873.

4. Voy. Sevestre, thèse de Paris, 1874 : *Des manifestations cardiaques dans l'érysipèle de la face.*

est plus fréquente encore que l'endocardite. Les lésions de cette myocardite ne diffèrent pas, d'ailleurs, de celles qu'on observe à la suite de toutes les grandes pyrexies ; elles consistent dans une dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires du cœur, qui perdent leur striation transversale. L'endocardite est aussi caractérisée par les lésions ordinaires de toute endocardite récente, la tuméfaction, l'épaississement et la rougeur des valvules malades.

C'est également à l'hyperthermie et à l'altération infectieuse du sang qu'il faut rapporter la *tuméfaction* et la *diffluence de la rate*, qu'on observe communément dans l'érysipèle, et certains cas de dégénérescence rapide du foie qui ont été signalés par plusieurs auteurs et notamment par Ponfick, dans l'épidémie d'Heidelberg en 1866 [1].

Les *lésions de l'intestin* dans l'érysipèle consistent dans des *ulcéra-*
duodénales [illegible] tudiées par O. Larcher [2].
séreuse [illegible] neut exceptionnellement être at-
[illegible] re Gubler. Cet éminent obser-
[illegible] il n'hésite pas à mettre sous la
[illegible] ais c'est là un fait unique, qui
[illegible]
[illegible] uelque temps déjà [3], n'ont été
[illegible] s et remarquables recherches
[illegible] *tieuses* [4]. On doit considérer la
néphrite de l'érysipèle comme le résultat du traumatisme produit par le passage des bactéries à travers le filtre rénal ; car ces bactéries sorties du sang, on les retrouve dans l'urine, avec l'albumine que la même lésion du filtre rénal a permis au sang de laisser échapper. Que l'on adopte ou non cette théorie, le fait est que, fréquemment, dans l'érysipèle, on observe une néphrite épithéliale caractérisée par la tuméfaction et l'infiltration granuleuse des cellules des tubes contournés du rein ; les épithéliums perdent la netteté de leur contour, se confondent les uns avec les autres et laissent parfois échapper leur contenu dans la lumière des tubes, sous forme de boules de matière

1. Cité par Jaccoud, *Pathologie interne*, t. II, p. 719. — Voy. Ponfick, *Ueber die path. anat. Veränderungen der innern Organe bei tödtlich verlaufenden Erysipelen* (*Deutsche Klinick*, 1867).
2. Voy. *Arch. générales de médecine*, 1864.
3. Voy. Ponfick, *loc. cit.*
4. Voy. Ch. Bouchard, *Des néphrites infectieuses*, communication au congrès de Londres, 1881, et *Revue de médecine*, 1881.

grenue. Ces lésions sont d'ailleurs communes à toutes les néphrites infectieuses. Ordinairement elles sont passagères, mais il n'est pas impossible qu'elles deviennent le point de départ d'une néphrite parenchymateuse chronique, d'un véritable mal de Bright.

Les *centres nerveux* peuvent être atteints dans l'érysipèle de la face; on a observé quelques cas de phlébite ou de thrombose des sinus, de méningite aiguë; mais il est juste de reconnaître que ces lésions sont extrêmement rares. Généralement, le délire, dans l'érysipèle, est un délire sans lésions; les malades meurent d'accidents cérébraux, et on ne trouve à l'autopsie, dans le cerveau ou dans les méninges, aucune lésion anatomique appréciable capable d'expliquer la mort.

Symptomatologie.

Prodromes. — Souvent l'érysipèle est précédé de *prodromes*, particulièrement dans sa forme improprement dite spontanée et qui occupe la face. Ces prodromes sont ceux de toutes les affections aiguës : céphalalgie, fièvre, anorexie, courbature, état gastrique, etc.; ils durent un jour ou deux au plus et sont suivis, à bref délai, de l'apparition des phénomènes qui caractérisent essentiellement le début de la maladie.

Il est avantageux de diviser la description symptomatique de l'érysipèle en *trois périodes* qui correspondent à trois phases bien distinctes dans l'évolution clinique de cette affection : 1° la *période d'invasion;* 2° la *période d'éruption;* 3° la *période de déclin, de défervescence ou de terminaison.*

1° **Invasion.** — L'invasion de l'érysipèle, spécialement à la suite des traumatismes, est marquée par un *frisson* violent, correspondant au moment de l'infection de l'économie. Ce frisson est suivi brusquement d'une *fièvre intense*, qui, parmi toutes les maladies aiguës, n'existe d'emblée, au même degré, que dans la scarlatine et dans la pneumonie. La température dépasse 40° et atteint parfois 41°.

La fièvre est bientôt accompagnée de la *tuméfaction douloureuse des ganglions lymphatiques* dont dépend la région qui doit être envahie par l'érysipèle : ganglions sous-maxillaires s'il s'agit de la face, ganglions de l'aisselle s'il s'agit du membre supérieur ou du tronc, ganglions de l'aine s'il s'agit du membre inférieur. Cet engorgement

ganglionnaire, qui était déjà connu de Galien, que Hoffmann, Borsieri, J. Franck ont tour à tour signalé, et sur lequel Chomel a surtout appelé l'attention, peut précéder de un, de deux ou de trois jours le développement apparent de l'érysipèle (Grisolle). Parfois il trouve son explication dans la lésion d'une des muqueuses voisines dont l'inflammation a précédé celle de la peau ; il n'est alors que le retentissement tout naturel de l'*enanthème;* ces faits sont aujourd'hui bien connus. Mais il est des cas où l'engorgement douloureux des ganglions existe sans que ni la peau ni les muqueuses présentent encore aucune modification appréciable dans leur coloration, dans leur épaisseur, dans leur température et dans leur sensibilité (Grisolle). Cette préexistence de l'adénite à l'inflammation cutanée est même un argument de plus en faveur de la nature infectieuse de la maladie. « Le nombre des ganglions affectés, leur tuméfaction, leur sensibilité sont généralement proportionnés à la gravité et à l'étendue que l'érysipèle aura ; cependant il existe à ce sujet de nombreuses exceptions. La sensibilité morbide des ganglions diminue, souvent même elle cesse aussitôt que l'érysipèle débute ou lorsqu'il a pris tout son développement. Rien de plus commun aussi, lorsque l'érysipèle est bien constitué, que de voir disparaître tout à fait et rapidement des ganglions qui avaient été quelques instants volumineux et très sensibles. » (Grisolle.)

2° **Éruption.** — L'éruption se montre vingt-quatre ou quarante huit heures après le début des accidents généraux, généralement vingt-quatre heures après le frisson. Parfois l'exanthème, *dans la forme dite spontanée qui siège à la face*, est précédé très nettement d'angine ou de coryza érysipélateux, qui constituent les deux variétés les plus fréquentes d'érysipèle interne. Dans ces cas-là, l'éruption cutanée débute par le bord d'une des narines ou par un des points lacrymaux, s'il s'agit d'enanthème des fosses nasales, par le conduit auditif externe et l'oreille, s'il s'agit d'enanthème du pharynx, propagé alors par la trompe d'Eustache et à travers l'oreille moyenne jusqu'à la peau. Dans quelques cas pourtant, d'après Grisolle, il n'est pas possible de saisir le trait d'union de l'affection de la peau et de celle de la muqueuse ; on dirait qu'il y a eu transport de la maladie d'un lieu à un autre, plutôt qu'extension du mal d'un des tissus à l'autre [1]. Il est des cas aussi où l'exanthème se développe manifestement sans être précédé ou accompagné d'enanthème.

1. Voy. Grisolle, *loc. cit.*, p. 638.

Dans l'*érysipèle dit traumatique*, l'éruption débute par une rougeur cuisante disposée en cercle autour de la plaie et qui s'étend progressivement sur la surface cutanée voisine.

Description de l'éruption. — L'éruption une fois constituée, quel que soit son siège, est caractérisée par une *tuméfaction rouge, chaude et douloureuse de la peau.*

La *rougeur* varie depuis le rose clair jusqu'au rouge écarlate ; elle disparaît ou au moins diminue momentanément par la pression du doigt, pour reparaître ensuite.

La *tuméfaction* fait que la peau enflammée est tendue, luisante et épaissie. Le gonflement est surtout appréciable sur les limites de l'érysipèle et forme un *bourrelet*, une saillie caractéristique qu'il est facile de constater en passant le doigt des parties saines sur les parties malades. Ce *bourrelet* circonférentiel est surtout marqué quand l'érysipèle est en voie d'extension; dès qu'il s'atténue ou tend à disparaître, c'est que l'inflammation se limite et ne s'étendra pas davantage. L'exploration avec le doigt sert aussi à faire reconnaître que la peau atteinte d'érysipèle a perdu sa souplesse et sa surface unie, qu'elle est résistante et raboteuse. Cette sensation provient de l'augmentation de volume des papilles du derme, qui forment, à la surface du tégument, de petites *granulations* visibles à l'œil nu [1].

Le gonflement de la peau peut devenir parfois très considérable, soit dans les parties qui sont doublées d'un tissu cellulaire très lâche comme cela a lieu aux paupières, soit quand l'érysipèle est devenu phlegmoneux par la propagation de l'inflammation au tissu cellulaire sous-jacent.

La *douleur* consiste d'abord dans une sensation de chaleur âcre et prurigineuse. Bientôt la chaleur devient brûlante : c'est alors un sentiment de cuisson et de tension que la moindre pression exaspère. Il faut reconnaître toutefois qu'il est des cas où la douleur est médiocrement vive.

Outre cette sensation de chaleur éprouvée par le malade, on constate, avec le thermomètre, une *élévation de la température locale*, qui n'est pas en rapport avec la sensation subjective, mais qui cependant peut atteindre deux ou trois degrés.

Du gonflement et de la douleur résulte une *gêne plus ou moins*

1. Voy. Valleix, *loc. cit.*, t. V, p. 369.

marquée dans les fonctions des parties malades. Les mouvements sont difficiles, à cause de la souffrance qu'ils déterminent; les orifices naturels tendent à s'obstruer : ainsi le passage de l'air dans les narines est embarrassé par le gonflement du nez, les yeux sont fermés par suite de l'œdème des paupières; si la phlegmasie envahit le conduit auditif externe, les malades éprouvent des bourdonnements et de la surdité; s'il s'agit d'érysipèle des membres, ceux-ci se fléchissent avec peine. En outre, les fonctions de la peau sont suspendues, et la transpiration ne peut plus s'exécuter (Valleix).

Les *phénomènes généraux* qui accompagnent l'éruption érysipélateuse sont toujours assez sérieux, même quand l'érysipèle est très circonscrit. Fièvre d'une intensité variable, céphalalgie, anxiété, agitation et même insomnie, anorexie, nausées, vomissements, état gastrique avec une tendance presque constante à la constipation : tels sont les symptômes généraux de l'érysipèle; il faut reconnaître d'ailleurs que ces symptômes sont ceux de presque toutes les affections aiguës et n'ont rien de spécial à la maladie, si ce n'est l'élévation rapide et considérable de la température, l'intensité de la fièvre dès le début de l'invasion.

Variétés de l'éruption. — Indépendamment des caractères précédents, qui sont communs à toutes les formes d'érysipèle, on peut observer certaines particularités relatives au siège, à l'aspect local et à l'étendue de l'exanthème.

L'*érysipèle de la tête*, qui est le plus fréquent, débute presque toujours par la face, spécialement sur le nez, sur le front, sur l'oreille ou sur la joue droite (Grisolle). Il s'étend ensuite plus ou moins rapidement au reste de la figure et au cuir chevelu. *Le menton demeure presque toujours indemne*, ce qui ne contribue pas peu à donner un aspect singulier à la physionomie. Sur le *cuir chevelu*, la phlegmasie est seulement caractérisée par une tension douloureuse et un gonflement œdémateux dépourvu de rougeur. La teinte rouge ordinaire de l'éruption n'existe que chez les individus chauves.

L'*érysipèle du ventre*, qui est spécial aux nouveau-nés, se développe autour de l'ombilic à la suite de l'inflammation du cordon, ainsi que F. Hoffmann l'avait déjà constaté. Il présente une gravité extrême, car il se propage facilement à la région pubienne, aux cuisses, etc., et d'autre part il se complique fréquemment de péritonite rapidement mortelle.

L'éruption érysipélateuse, spécialement à la face, est souvent le siège de modifications secondaires qui peuvent s'expliquer par la violence de l'inflammation et l'abondance de l'exsudation vasculaire. C'est ainsi qu'on voit communément apparaître sur la surface enflammée tantôt de petites vésicules, tantôt des bulles ou phlyctènes qui ont fait donner, dans ces cas-là, à l'exanthème les noms d'*érysipèle vésiculeux* ou *miliaire*, *bulleux* ou *phlycténoïde*.

Parfois aussi, l'infiltration de sérosité dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané est tellement abondante, que la peau atteinte par la phlegmasie, au lieu de présenter sa dureté habituelle, se laisse facilement déprimer par le doigt; c'est alors un gonflement mou, d'un rouge pâle, peu douloureux, auquel répond la dénomination d'*érysipèle œdémateux*. Cette forme d'érysipèle, dans laquelle l'exosmose vasculaire est à son maximum et l'inflammation à son minimum, est spéciale aux scrofuleux.

Il est rare que l'érysipèle reste *fixe*, c'est-à-dire borné aux points qu'il a occupés en premier lieu, car la tendance à l'envahissement est au contraire un de ses caractères essentiels. Quand l'exanthème gagne de proche en proche les téguments voisins, on dit qu'il est *serpigineux;* quand il se porte d'un point à un autre en respectant les parties intermédiaires, on le nomme *ambulant* ou *erratique*. Cette dernière forme est rare; certains auteurs lui ont aussi donné le nom de *métastatique*, bien qu'il ne s'agisse pas, dans ce cas-là, à proprement parler, de métastase. Mais ce *transport de l'éruption*, de son siège primitif à une région plus ou moins éloignée, est un argument de plus en faveur de la théorie régnante, qui considère l'érysipèle comme une maladie générale et une infection totale de l'économie.

3° **Terminaison.** — La *durée* de l'érysipèle n'est pas la même dans toutes les variétés de la maladie.

L'*érysipèle* (dit *spontané*) *de la face*, ainsi que Louis l'a établi l'un des premiers par des relevés précis, parcourt ses périodes en un *septenaire;* il se termine habituellement par une *défervescence brusque* qui fait que, du soir au matin, la température tombe de 40° à 37°. Parfois la défervescence est moins brusque, mais elle est toujours très rapide.

Si l'éruption primitive est suivie de *nouvelles poussées*, ce qui n'est pas très rare, chacune de ces poussées est indiquée régulièrement par une recrudescence de la fièvre.

La chute de la température, à la période terminale de l'érysipèle de

Quelques accidents peuvent également compliquer les phénomènes locaux de la maladie. La *suppuration*, quand elle est précoce, quand elle est très étendue, quand elle est infiltrée largement et profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané, est une complication très grave, qui amène quelquefois la mort par infection purulente; heureusement, elle est très rare dans l'érysipèle dit spontané. *L'érysipèle phlegmoneux* est en effet le plus souvent d'origine traumatique; il est particulièrement grave sur le cuir chevelu. On voit alors, dans certains cas, « le pus décoller le péricrâne sur une grande surface, les os se nécroser, et le tissu cellulaire mortifié être entraîné par lambeaux. Au milieu de ces désordres, la peau reste souvent intacte et ne se mortifie pas; Dupuytren a expliqué cette particularité par la disposition des artères, qui, au crâne, rampant entre l'aponévrose et la peau, continuent à alimenter cette dernière, quand l'aponévrose est décollée par le pus et que le tissu cellulaire sous-jacent est détruit. » (Grisolle.)

La *gangrène* dans l'érysipèle est parfois une complication terminale qu'on observe dans les états cachectiques, chez les vieillards, chez les nouveau-nés et chez les individus débilités. Mais Gosselin [1] a décrit de plus une forme d'érysipèle dans laquelle le sphacèle de la peau se montre dès le début de l'affection, sous forme d'une petite eschare qui s'élargit progressivement et qui occupe primitivement le centre de la plaque érysipélateuse. D'ordinaire, c'est au niveau d'une phlyctène que la gangrène se déclare; cet accident est surtout fréquent dans les régions où la peau est mince et délicate, aux paupières, au scrotum et la verge, aux grandes lèvres chez les petites filles, etc. La chute de l'eschare, dans les cas favorables, laisse à sa suite une ulcération qui se cicatrise plus ou moins rapidement.

Les complications purulentes et gangréneuses de l'érysipèle, quand elles occupent une grande étendue des téguments, sont accompagnées des phénomènes généraux graves particuliers aux états ataxique et adynamique et se terminent fréquemment par la mort.

Diagnostic.

Avant l'éruption, les principaux éléments du diagnostic sont l'*élévation rapide de la température* et l'*engorgement douloureux des gan-*

1. Voy. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, loc. cit.*

glions lymphatiques; ces symptômes doivent faire craindre et prévoir l'apparition d'un érysipèle. Cet engorgement ganglionnaire et le frisson unique du début suffiront généralement pour distinguer l'érysipèle traumatique de l'infection purulente, caractérisée par des frissons multiples.

L'éruption une fois déclarée sera facilement reconnue à son aspect, que nous avons suffisamment décrit, et au *bourrelet circonférentiel* qui borde la plaque érysipélateuse. On ne confondra pas l'érysipèle, si l'on a égard à ses caractères multiples, avec la *scarlatine*, la seule des fièvres éruptives qui, par ses phénomènes d'invasion, présente quelque analogie avec l'érysipèle. L'éruption de la scarlatine est généralisée; elle n'est pas accompagnée de gonflement douloureux de la peau ni de tuméfaction des ganglions.

Dans les *érythèmes*, quelle que soit leur cause (érythème pellagreux, érythème solaire, érythème de cause externe produit par l'application d'un sinapisme, d'un emplâtre vésicant ou révulsif, etc.), la rougeur est très superficielle, elle n'est pas bordée par un bourrelet saillant, la peau n'est ni épaissie ni indurée, les ganglions lymphatiques sont intacts, il n'y a pas de frisson. De plus, certains érythèmes, comme celui de la *pellagre*, présentent des symptômes particuliers; celui-ci siège seulement sur les parties découvertes, aux mains et aux pieds; il suit une marche spéciale et est accompagné d'accidents nerveux et de troubles digestifs qui rendront toute confusion impossible. *L'érythème morveux* est accompagné d'écoulement nasal, de douleurs musculaires; il se manifeste dans des conditions étiologiques bien déterminées, qui ne sont pas les mêmes que celles de l'érysipèle.

L'urticaire ne ressemble à l'érysipèle que lorsqu'elle détermine du gonflement de la face; mais, ici encore, l'erreur est facile à éviter. La généralisation de l'éruption ortiée et sa fugacité, les démangeaisons, l'absence de frisson et d'engorgement ganglionnaire, la fièvre moins vive, quelquefois nulle, sont des signes suffisants pour établir le diagnostic différentiel des deux maladies.

L'engelure du nez et les autres érythèmes pernio pourraient, à défaut d'un examen approfondi, être confondus objectivement avec l'érysipèle ; mais il suffit de se rappeler que les phénomènes généraux sont nuls dans tous ces érythèmes.

L'eczéma aigu ressemble à première vue à l'érysipèle de la face; mais, ici aussi, l'absence de frisson, de fièvre et de phénomènes géné-

raux, et, de plus, la présence de petites vésicules pressées les unes contre les autres, sur le fond rouge et tuméfié de la peau, sont des signes assez évidents pour empêcher la confusion de l'eczéma avec l'érysipèle.

Dans l'*angéioleucite*, au lieu d'une rougeur uniforme, on observe des traînées rouges séparées, ou entrecroisées en mailles plus ou moins serrées, mais toujours distinctes ; ici encore, avec un peu d'attention, l'erreur est impossible.

Pronostic.

Le pronostic de l'érysipèle est bien différent suivant les cas.

L'érysipèle *simple*, sans complications, qui survient en dehors du traumatisme, chez un indi[illegible] jeune et sain, suit généralement une [illegible]ution bénigne.

[illegible]rsipèle *tr*[illegible]nière générale, toujours plus que [illegible]se de la fréquence plus grande [illegible]

[illegible]*mort*[illegible]t plus fâcheux que l'érysipèle [illegible]

[illegible]er [illegible]éneux, les formes ataxo-adynamiques, toutes les [illegible]*nes* [illegible]s, quels que soient le siège, l'étendue et l'origine de l'affection, sont d'un pronostic très grave ; elles entraînent le plus souvent la mort.

L'âge des malades, la première enfance et la vieillesse, un état morbide antérieur, une constitution chétive, *toutes les débilitations de l'organisme*, de quelque nature qu'elles soient, assombrissent singulièrement le pronostic de la maladie.

Traitement.

1° *Traitement interne.* — Le traitement interne de l'érysipèle doit avoir pour but de combattre l'embarras gastrique et d'agir, si cela est possible, sur l'agent infectieux de la maladie. Les vomitifs, les purgatifs seront employés, suivant les indications, comme dans toutes les autres pyrexies. Quant au traitement spécifique et antiseptique de l'érysipèle, il faut reconnaître que, jusqu'à présent, il n'a pas donné de résultat. On a employé le sulfate de quinine, l'acide phénique,

d'autres substances encore ; on a, par ces moyens, abaissé la température ; mais aucun médicament n'a pu arrêter l'évolution d'un érysipèle, abréger sa durée ou prévenir ses récidives. L'alcool est utile dans certaines formes graves, adynamiques, et spécialement chez les alcooliques ; il en est de même du vin de quinquina, qui a été préconisé par Cullen, par Stoll et récemment par Jaccoud.

Nous ne citons que pour mémoire les émissions sanguines, dont on abusait tant jadis pour *juguler* les inflammations (et l'on ne voyait alors dans l'érysipèle qu'une inflammation simple) ; personne ne songe plus à s'en servir aujourd'hui.

2° *Traitement externe ou local.* — On a également essayé par des révulsifs, par des topiques, par des émissions sanguines locales, d'arrêter la marche et l'extension des érysipèles. Toujours en vain. Les sangsues, les scarifications (Hutchinson [1]), le vésicatoire (Dupuytren, Piorry [2]), le cautère actuel (Larrey [3]), les frictions térébenthinées, les sinapismes, les caustiques et principalement le nitrate d'argent (Hibbington [4], Tanchou) employé en pommade, en solution ou sous la forme du crayon de trousse ordinaire, d'autres agents encore, préconisés par les uns, rejetés par les autres, n'ont jamais donné de résultats concluants.

Les *topiques émollients* ont l'avantage non pas de guérir l'érysipèle, mais de diminuer la tension de la peau et d'atténuer la douleur. Aux cataplasmes on doit préférer les fomentations émollientes à l'eau de guimauve ou plutôt à l'eau de sureau. Les onctions avec l'axonge simple (Barthez, Martin Solon) remplissent le même but.

Les autres topiques employés le plus habituellement dans l'érysipèle sont : la *pommade mercurielle* (Ricord [5]), qui peut produire des accidents par la prompte salivation qu'elle détermine, les compresses d'eau froide, les astringents, comme l'eau blanche, le collodion et l'éther camphré.

Le *collodion*, préconisé par Robert Latour, par Briquet, par Aran, par Grisolle [6], par Guersant [7], etc., agit par la compression qu'il pro-

1. Voy. Hutchinson, *Med. chirurg. transactions*, London, 1814, t. V, p. 278.
2. Piorry, *Union médicale*, 1847.
3. Larrey, *Clinique chirurgicale*, t. I.
4. Voy. *Journal des progrès*, 1827.
5. *Lancette française*, 1831.
6. *Bull. gén. de thérapeutique*, 1850.
7. *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, mars 1852.

duit sur la peau enflammée et tuméfiée ; mais son efficacité sur la guérison de l'érysipèle est tout à fait problématique.

L'*éther camphré* a été d'abord employé par Trousseau, dans l'érysipèle des nouveau-nés [1], avec la formule suivante :

Ether.	60 grammes
Camphre.	30 grammes

On étend cette solution avec un pinceau de charpie sur toute la surface érysipélateuse. Depuis lors, l'éther camphré est devenu d'un usage commun dans le traitement de l'érysipèle, mais sans aucun avantage certain.

La conclusion de cette énumération de médicaments si divers et si peu efficaces est que l'érysipèle est, jusqu'à présent, une maladie qu'il faut abandonner à elle-même. Les thérapeutes ont exercé leur imagination fertile pour trouver de nombreux remèdes, qui ne sont jamais utiles, qui peuvent être nuisibles et auxquels il est toujours sage de préférer l'*expectation*.

Les complications de l'érysipèle peuvent faire naître des *indications spéciales*. Les formes phlegmoneuse et gangréneuse exigent un traitement chirurgical approprié, qui ne diffère pas d'ailleurs du traitement applicable à tous les abcès et à toutes les gangrènes.

Pour être complet, il nous faudrait parler aussi du *traitement préventif* ou de la *prophylaxie* de l'érysipèle ; mais, ainsi que le dit très justement Grisolle, il vaut mieux reconnaître que nous ne possédons aucun moyen de prévenir cette affection, même chez les individus qui, par une prédisposition spéciale, contractent la maladie à des époques plus ou moins déterminées.

1. *Bull. gén. de thérapeutique*, février 1848.

DEUXIEME ORDRE

DERMATOSES VÉSICULEUSES

PREMIER GENRE

ECZÉMA

Étymologie. — De ζεω, εκζεω, bouillir, bouillonnement (Hébra); εκζεω, s'écouler (Kaposi); εκζεω, je brûle ou fais effervescence (Hardy)[1]; εκζεω effervesco (Devergie), etc.

Synonymes. — Dartre squameuse humide (Alibert); *vulgo* dartre vive; crusta lactea (Plenck); herpès miliaris, etc.

Historique.

L'expression d'*eczéma* était inconnue dans l'antiquité, comme dénomination d'une maladie spéciale. On la trouve pour la première fois dans *Aetius;* mais c'est seulement à partir de *Willan* qu'elle fut définitivement adoptée pour caractériser l'affection qu'on décrit aujourd'hui sous ce nom. Avant Willan, l'eczéma n'avait jamais eu d'histoire particulière; après lui, la plupart des dermatologistes ont adopté, avec l'expression, la définition et la description de l'auteur anglais. Cependant, que de divergences encore dans la manière de comprendre et de délimiter cette entité morbide! Dans ces dernières années surtout, un assez grand nombre d'auteurs, en Angleterre (Erasmus Wilson, Tilbury Fox et Anderson de Glascow), en Autriche (Hébra, Neumann,

1. Voy. Hardy, *Diction. de médec. et de chirurg. pratiques*, t. 13, p. 375.

Kaposi, Auspitz) et en France (Devergie et Hardy), ont singulièrement compliqué l'histoire de cette maladie déjà si complexe.

Au reste, avant de soumettre au lecteur la définition à laquelle nous nous sommes arrêtés, nous croyons nécessaire d'exposer rapidement les doctrines des principaux dermatologistes relativement à l'eczéma.

Willan, comme nous l'avons dit, est le premier auteur qui ait assigné à l'eczéma ses caractères propres et qui ait donné à ce terme la signification spéciale qu'on doit lui conserver. L'eczéma était pour lui une *affection vésiculeuse* au début, donnant lieu plus tard à une sécrétion *gommeuse*, puis à des croûtes lamelleuses, à une exfoliation squameuse de l'épiderme, et enfin à un épaississement particulier de la peau; — affection à formes variées, mais *toujours de nature inflammatoire*. Les doctrines de Willan ont été suivies, bien qu'avec quelques divergences, par la plupart des médecins, tant en France qu'à l'étranger, jusqu'à l'époque actuelle. Elles ont été magistralement exposées par *Bateman* [1] et adoptées sans restriction par *Biett* et ses élèves [2].

Cependant *Alibert*, dont les théories dermatologiques différaient complètement de celles de l'école anglaise, n'emploie pas une seule fois l'expression d'*eczéma* dans son premier ouvrage, le *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau* [3]. Il décrit l'eczéma dans les chapitres consacrés aux dartres, sous le nom de *dartre squameuse humide*. Dans la *Monographie des dermatoses* [4], il consacre un important chapitre aux *dermatoses eczémateuses;* mais, sous ce nom générique, il comprend un grand nombre d'affections, car, pour lui, l'eczéma n'est pas une entité morbide distincte. Alibert emploie le mot dans le sens de l'étymologie grecque et donne le nom d'*eczéma* ou de dermatoses eczémateuses à toutes les efflorescences cutanées aiguës ou chroniques, dont l'apparition est plus ou moins rapide. C'est ainsi que se trouvent compris dans la classe des dermatoses eczémateuses : l'érythème, l'érysipèle, le zoster (*ignis sacer* de Pline), le phlysacia ou ecthyma de Willan, qu'Alibert appelle un eczéma vésiculo-pustuleux, le cnidosis ou urticaire et l'épinyctide, les diverses

1. Voy. Bateman, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, trad. Bertrand, Paris, 1820.
2. Voy. Biett, *Dict. de méd.*, en 25 vol., art. Eczéma, t. XI.
3. Voy. Alibert, *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau*, 2e édit., 1822.
4. Voy. Alibert, *Monographie des dermatoses*, 2e édit., 1835.

espèces d'herpès, qu'Alibert appelle les *olophlyctides* et auxquelles il joint la miliaire (dartre miliaire), les ophlyctides, les pyrophlyctides (bouton d'Alep et pustule maligne) et même l'anthrax et le furoncle; la plupart des affections, en un mot, que nous avons réunies dans notre classe des *dermatoses inflammatoires communes*, superficielles ou profondes. Mais la classe des dermatoses eczémateuses d'Alibert ne renferme pas l'eczéma de Willan et Bateman. L'eczéma tel que le comprenaient ces auteurs, tel que nous l'entendons encore aujourd'hui, est décrit par Alibert, dans la classe des dermatoses dartreuses, sous le nom d'*herpès squameux* [1].

Rayer [2] définit l'eczéma « une inflammation de la peau, non contagieuse, souvent bornée à une seule région du corps, caractérisée à son début par de très petites *vésicules* non proéminentes, ordinairement très rapprochées ou entièrement agglomérées, qui se terminent par la résorption du liquide qu'elles contiennent ou par des excoriations superficielles accompagnées d'une exhalation séreuse (vulgairement *eaux rousses*), et auxquelles succèdent des squames furfuracées ou de nouvelles éruptions vésiculeuses de même nature. » La définition de Rayer est bonne; la description générale succincte qui lui fait suite est aussi très exacte et magistralement tracée; mais les descriptions particulières sont incomplètes et renferment des erreurs. Rayer ne mentionne même pas les différentes formes d'eczéma admises par les auteurs.

L'eczéma est traité d'une façon très complète par *Devergie*, dont l'ouvrage [3] marque un grand progrès dans l'histoire de la dermatologie. La description de ce maître éminent est remarquable, malgré plusieurs erreurs et omissions, par des aperçus nouveaux résultant d'une exacte observation des faits. Devergie divise l'eczéma : 1° d'après la forme morbide, en *simple* et *composé* (impétigineux, lichénoïde, herpétiforme, psoriasiforme); 2° d'après les caractères morphologiques, en amorphe, nummulaire (ou en plaques arrondies et disséminées), fendillé, unisquamosum; 3° d'après l'étendue et le siège, en *diffus* ou *général* et *localisé* (tête, oreilles, racine du nez, mamelon,

1. Voy. Alibert, *Monographie des dermatoses*, 2e édit., p. 356. L'*herpes squamosus* comprenait les espèces suivantes : *madidans* (eczéma humide), *scabioïdes*, *orbicularis*, *centrifugus*, *lichenoïdes*.
2. Voy. le *Traité* de Rayer, t. I, p. 377.
3. Voy. Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, 2e édit., 1857.

vulve, ombilic, bourses, jambes) ; 4° d'après la marche, en *aigu* (simplex et rubrum) et *chronique;* 5° d'après la durée, en *fugax* et *persistant*.

Devergie insiste sur l'importance de la description de l'eczéma, en raison de la fréquence de cette maladie, qui égale le tiers de toutes les affections cutanées réunies.

Il n'admet pas qu'on puisse définir l'eczéma une affection vésiculeuse, parce que la vésicule, tout à fait éphémère, n'existe qu'au début de la maladie et n'est presque jamais observée par le médecin. L'eczéma est, pour lui, une affection superficielle de la peau caractérisée : 1° par la rougeur de la surface malade, 2° par une démangeaison permanente plus ou moins intense, 3° par une sécrétion de sérosité limpide et citrine qui tache le linge en gris et l'empèse à la façon des taches spermatiques, 4° par un état ponctué et rouge de la peau formé par les orifices enflammés des canaux glandulaires qui par myriades fournissent la sérosité. De ces quatre caractères, indiqués par Devergie et dont l'ensemble constitue, pour lui, la définition de l'eczéma, le premier est incomplet, car il ne fait pas mention des éléments vésiculeux considérés, à tort, par l'auteur, comme accessoires; le second et le troisième sont exacts; le quatrième, relatif au siège anatomique de la lésion, est une erreur évidente qui n'a même plus besoin d'être discutée aujourd'hui. Devergie insiste avec raison sur la *démangeaison*, qui, au lieu d'être intermittente comme dans les autres dermatoses, est *continue* et *persistante* dans l'eczéma. Le moindre mouvement, le moindre frottement réveille cette démangeaison et excite le malade à se gratter; or le grattage est une cause d'accroissement, d'extension et de persistance de la maladie.

La description générale de l'eczéma est divisée en trois périodes : 1° période aiguë, 2° période stationnaire, 3° période lamelleuse ou squameuse. Cette division est insuffisante, ainsi qu'on le verra par la suite.

De toutes les formes admises par Devergie, trois surtout méritent d'attirer l'attention : l'eczéma *nummulaire*, l'E. *fendillé*, l'E. *unisquamosum*. Les deux premières formes n'avaient pas été décrites avant lui. L'eczéma unisquamosum avait été déjà décrit par Liévain et sommairement indiqué dans le livre de Rayer; il est extrêmement rare et toujours très limité (un centimètre de diamètre).

La description de l'*eczéma rubrum* est courte, mais bien tracée. Devergie rejette avec raison l'*eczéma fugax;* nous partageons son

opinion. Il insiste, par contre, tout particulièrement sur les *formes composées* de l'eczéma : lichénoïde, impétigineux, psoriasiforme, dont l'existence a été niée bien à tort par quelques auteurs.

Mais il émet aussi certaines idées inexactes et d'autres fort contestables. Il n'est pas vrai, comme le prétend Devergie, que l'eczéma de la tête n'existe que dans l'enfance et que, chez l'adulte, il soit toujours le résultat de l'extension de l'eczéma des oreilles au cuir chevelu. Il n'est pas vrai, non plus, que l'eczéma de la tête soit toujours impétigineux chez l'adulte ; il l'est le plus souvent, mais non toujours ; il l'est au contraire toujours chez l'enfant : on pourrait même dire que chez lui il n'y a pas d'*eczéma capitis*, mais seulement de l'impétigo.

On peut relever également, dans la description des formes de la maladie, des omissions importantes, comme celles de l'eczéma des pieds et des mains, par exemple, et de l'eczéma de l'anus.

L'eczéma serait, d'après Devergie, toujours aigu en été, toujours chronique en hiver. Suivant lui l'eczéma aigu, né sous l'influence du printemps, guérit assez facilement et disparait quelquefois pour toujours, tandis qu'il est fréquent de voir l'eczéma chronique, né en automne, se guérir avec difficulté pendant l'hiver et récidiver à l'automne suivant. A cet égard, l'influence des saisons n'est certainement pas aussi absolue que le pensait Devergie.

L'âge et le sexe auraient aussi leur importance relativement à la forme et au siège de l'affection ; l'eczéma de l'enfant est, selon Devergie, plus communément que celui de l'adulte, humide et impétigineux (*achor mucifluens* d'Alibert). Cette opinion est exacte ; mais il est faux, contrairement à l'assertion de Devergie, que l'eczéma des oreilles et du mamelon appartienne surtout au sexe féminin et que celui des parties génitales soit plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

La longue durée de l'eczéma, dont la chronicité est si fréquemment l'apanage, ses récidives, les dangers qui peuvent résulter de la suppression trop brusque de l'éruption, sont très justement appréciés. Devergie est un des auteurs qui ont le mieux compris qu'il était imprudent de traiter et de guérir certains eczémas, surtout chez les vieillards et, nous ajouterons pour notre part, principalement chez les arthritiques goutteux.

Le chapitre consacré à l'étiologie mérite d'être consulté avec attention. Devergie enseigne que l'eczéma est le produit d'un vice général de la constitution ; il admet l'hérédité, non de l'affection cutanée en

elle-même, mais de la prédisposition constitutionnelle à la contracter. Rien n'est plus commun que de voir cette affection se perpétuer dans certaines familles.

La cause prédisposante qui perpétue et entretient l'eczéma est d'ailleurs complètement inconnue. Sur 100 cas, il n'en est pas 10 où l'on puisse trouver la cause réelle, constitutionnelle de la maladie; les causes déterminantes sont plus faciles à mettre en évidence, dans la majorité des cas : la suppression momentanée des menstrues ou d'un flux hémorrhoïdaire, l'âge critique, etc. Devergie incrimine aussi le tempérament lymphatique : c'est une erreur qu'il appuie cependant sur une statistique de 542 cas.

On voit que la notion de cause générale, de disposition constitutionnelle ou de prédisposition et de diathèse, comme on dit aujourd'hui, commence à se faire jour dans l'esprit des dermatologistes. Mais la théorie exposée par Devergie est encore bien imparfaite; c'est à Bazin que revient l'honneur d'avoir établi solidement, malgré quelques erreurs, la doctrine si vraie et si féconde des *maladies générales* comme causes des *affections cutanées*.

Bazin [1] définit l'eczéma d'une manière générale : « une affection caractérisée d'abord par la rougeur de la peau, puis par l'apparition de vésicules petites, acuminées, agglomérées sur une surface plus ou moins étendue et contenant un liquide séreux, transparent, parfois opalin, vésicules qui s'affaissent lorsque le liquide qu'elles contiennent est résorbé, ou qui se rompent après vingt-quatre ou quarante-huit heures d'existence, et auxquelles succèdent soit la sécrétion et l'exhalation d'un liquide séreux et transparent qui se concrète en croûtes ou en lamelles plus ou moins épaisses, soit une simple exfoliation épidermique. » Cette définition, qui se rapproche beaucoup de celle de Rayer, est parfaitement exacte.

La description générale de l'eczéma par Bazin est assez complète, mais ne diffère pas essentiellement de celle des autres auteurs; c'est seulement dans la distinction des espèces et des variétés que se révèle l'originalité de l'éminent dermatologiste. — Après avoir indiqué les espèces décrites par les auteurs et critiqué leurs doctrines, Bazin fait

1. Voy. Er. Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, Paris, 1862, et *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les éruptions scrofuleuses parasitaires et syphilitiques*, Paris, 1860.

l'application de ses théories à la division de l'eczéma[1]. Pour lui, les eczémas sont de deux sortes : 1° eczémas de cause externe, résultant de l'irritation produite par les agents extérieurs : *a.* artificiels et professionnels, *b.* parasitaires; — 2° eczémas constitutionnels ou de cause interne : ceux-ci sont produits par un vice diathésique et renferment trois espèces : l'eczéma *scrofuleux*, l'*E. herpétique* et l'*E. arthritique*.

Nous nous sommes déjà expliqués à l'égard de l'herpétisme; nous n'admettons pas la distinction de l'eczéma herpétique et de l'eczéma arthritique[2]. Voici cependant, d'après Bazin, les caractères propres de ces deux variétés[3] : l'eczéma herpétique est remarquable par sa symétrie et sa disposition régulière sur chaque moitié du corps; l'eczéma arthritique est symétrique, toutefois il peut siéger sur la ligne médiane; on l'observe de préférence sur certaines régions, comme le front, les lèvres et surtout la lèvre supérieure, la nuque, les tempes, le dos des pieds et des mains, la face dorsale des avant-bras et la région antérieure des jambes, en un mot sur toutes les parties découvertes; il siège fréquemment aussi sur les mamelles et les parties génitales.

S'il est permis de critiquer la doctrine de Bazin sur les différences de l'eczéma arthritique et de l'eczéma herpétique, il faut reconnaître que sa division de l'eczéma en deux classes, l'eczéma de *cause externe* et l'eczéma de *cause interne*, est parfaitement juste et mérite d'être conservée. On doit être reconnaissant à Bazin d'avoir trouvé le lien qui unissait certaines éruptions eczémateuses aux maladies constitutionnelles, et d'avoir montré en même temps que d'autres eczémas étaient, au contraire, purement locaux et ne reconnaissaient pour cause que des irritations extérieures; ces derniers ne récidivent pas, tandis que les eczémas d'origine constitutionnelle sont sujets à des répétitions fréquentes.

Les chapitres consacrés à l'évolution anatomique et morphologique de l'eczéma, au pronostic et aux complications, sont également bien traités. Bazin n'admet pas que l'eczéma puisse se transformer et se convertir en une autre maladie. Si quelques dermatologistes ont pensé que l'eczéma pouvait se transformer en lichen ou en pityriasis, c'est, dit-il, qu'ils ont considéré comme du lichen l'épaississement des téguments

1. Voy. *Affections génériques de la peau*, p. 189.
2. Voy. p. 138 et 160 de cet ouvrage.
3. Voy. Bazin, *Leçons sur les affections cutanées*, 1860, p. 182 et 291.

consécutif à l'eczéma, et comme du pityriasis l'état squameux de la peau dans la troisième période de cette affection[1].

Bazin admet la fréquence des *métastases* dans l'eczéma herpétique aussi bien que dans l'eczéma arthritique. Les métastases de l'arthritisme sont bien connues et n'ont pas besoin d'être rappelées ici; celles de l'eczéma herpétique, d'après Bazin, sont principalement le catarrhe bronchique ou intestinal, les hydropisies des grandes cavités séreuses, ascite, hydrothorax, etc. Dans les premiers temps, ces accidents disparaissent avec le retour de l'eczéma, et il existe un certain balancement entre l'éruption cutanée et les affections viscérales; mais, quand la maladie a fait des progrès, les affections viscérales finissent par devenir persistantes et coexistent avec l'affection cutanée.

Hardy décrit sous la dénomination d'eczéma, comme Hébra et Erasmus Wilson, plusieurs maladies distinctes. On pourrait faire rentrer dans sa définition presque toutes les dermatoses inflammatoires communes[2]. Pour lui, l'eczéma peut être caractérisé à son début soit par des taches, soit par des vésicules, soit par des pustules, soit par des fissures, soit par des squames, soit par des papules; la lésion originelle, quelle qu'elle soit, provoque habituellement le suintement d'un liquide séreux ou séro-purulent et se termine par desquamation. — Envisagé de cette façon et dans son acception la plus étendue, l'eczéma représente la grande classe des *dartres*, affections cutanées qui naissent sous l'influence d'une disposition générale, la *diathèse dartreuse* ou l'herpétisme. L'eczéma proprement dit est le type de la dartre; mais, dans son histoire, Hardy fait entrer aussi la description du lichen, de l'impétigo, du pityriasis, etc., éruptions qui, d'après lui, seraient sous la dépendance du même processus morbide. — Une telle confusion est regrettable; cependant on trouve, dans les descriptions particulières des variétés admises par Hardy, des faits nouveaux et bien observés.

Hébra décrit l'eczéma dans la classe des *dermatoses exsudatives non contagieuses;* mais, sous ce nom générique, il comprend non seulement l'eczéma, tel que nous l'entendons (l'eczéma de Willan et Bateman), mais encore l'impétigo, une variété de lichen (Lagrius) et le pityriasis simple. Il admet, ainsi du reste que M. Hardy[3], un *eczéma marginé*, dont

1. Voy. *Affections générique de la peau*, p. 147.
2. La doctrine de Hardy doit être rapprochée de celle d'Alibert, que nous avons exposée précédemment.
3. Article Eczéma du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

il donne nne longue description. Il y a longtemps déjà que nous nous refusons à admettre l'eczéma marginé [1]; cette éruption présente, en effet, la même configuration que l'herpès circiné, elle en a la marche et la persistance opiniâtre; nous l'avons vue envahir tout le côté, le dos et la cuisse par le fait de la contagion. Il y a quelques années, à l'occasion d'une communication sur ce sujet à la Société de biologie par E. Vidal, l'un de nous (M. Hillairet) s'est élevé contre l'opinion d'Hébra. — Depuis lors, et même tout récemment, E. Vidal a démontré que l'*eczéma marginé d'Hébra était une affection parasitaire* déterminée par la présence d'un champignon spécial, le *microsporon dispar* ou *anoméon*. — Nous reviendrons d'ailleurs sur cette discussion à propos des maladies parasitaires.

La doctrine de Willan adoptée par Rayer et par Bazin, rejetée, au contraire, par Alibert, par Devergie, par Hardy, par Hébra, a été abandonnée aussi par les dermatologistes anglais et cependant nous pensons, pour notre part, qu'il faut encore comprendre l'eczéma tel que l'avait défini Willau.

Erasmus Wilson [2], le premier en Angleterre, considérant que toutes les efflorescences de la peau résultent du même processus morbide, l'inflammation, que toutes sont superficielles, que la vésicule caractéristique de l'eczéma à son début est d'abord papuleuse, que la même vésicule dans quelques circonstances peut se transformer en pustule soit spontanément, soit sous l'influence d'une disposition constitutionnelle, soit encore, et même le plus souvent selon nous, à la suite d'applications irritantes intempestives ou d'excitants directs (grattage, frottements, etc.); que l'eczéma à la fin de sa seconde période, comme dans sa troisième et au moment de sa terminaison, donne lieu à des lamelles squameuses analogues à celles du psoriasis, ou furfuracées et semblables à celles du pityriasis; — Erasmus Wilson, disons-nous, prenant l'expression grecque dans son sens absolu (εκξεω, effervesco), range toutes les efflorescences cutanées sous la désignation générale d'affections eczémateuses. Il confond ainsi, dans le même groupe, des affections de nature très diverse et qui n'ont qu'un caractère commun : c'est d'être toutes inflammatoires et superficielles. Néanmoins il consacre un chapitre distinct à chacune des formes : *vésiculeuse* (eczema pro-

1. Note manuscrite de M. Hillairet.
2. Voy. Erasmus Wilson, *Lectures on eczema and eczematous affections*, 1870.

prement dit), *papuleuse* (lichen et prurigo), *pustuleuse* (impétigo, etc.), *squameuse* (pityriasis et psoriasis); à vrai dire il réduit encore cette dernière catégorie au psoriasis seul, car il est porté à reconnaître que le pityriasis semble n'être qu'un eczéma avorté, dans lequel le soulèvement épithélial est produit par une sécrétion éphémère aussitôt résorbée que produite.

En dehors de cette conception particulière de l'eczema et de la confusion qui en résulte, la description d'Erasmus Wilson est exacte et assez complète; l'étiologie et surtout le traitement sont longuement développés. L'auteur, après avoir décrit les *affections eczémateuses*, étudie particulièrement l'eczéma dans ses rapports avec les autres maladies et les états constitutionnels; il consacre un chapitre spécial et très étendu à l'*eczéma infantile*.

Les idées d'*Anderson*, relativement à l'eczéma, ne diffèrent pas de celles d'Erasmus Wilson.

Tilbury Fox [1], qui appelle l'eczéma l'*inflammation catarrhale* de la peau (catarrhal inflammation or ekzema), comprend sous ce nom, à l'exemple d'Erasmus Wilson, toutes les dermatoses superficielles, qu'il considère comme de même nature et qu'il compare, avec Rindfleisch, au catarrhe des muqueuses. Le terme d'eczéma est, pour lui, la dénomination commune qui sert à désigner toutes les affections catarrhales de la peau, vésiculeuses, papuleuses, pustuleuses, etc.; Tilbury Fox décrit ainsi un *eczema vesiculatum*, un *eczema papulatum* et un *eczema pustulosum*. Ses descriptions, d'ailleurs, ne diffèrent pas de celles des autres auteurs; l'anatomie pathologique est empruntée à Rindfleisch; le traitement n'offre rien de particulier.

Neligan [2] reste fidèle à la classification de Willan et Bateman: il considère l'eczéma comme une *inflammation vésiculeuse* qui présente trois périodes distinctes dans son évolution. Il distingue un eczéma aigu et un eczéma chronique, puis un eczéma simplex et un eczéma rubrum, et enfin il admet des variétés selon le siège de l'éruption.

Duhring [3], dont l'ouvrage n'est que la copie très écourtée du traité d'Hébra, reproduit la classification et les divisions du dermatologiste viennois.

1. Voy. Tilbury Fox, *Skin Diseases*, 1873.
2. Voy. Néligan, *Practical treatise on diseases of the skin*, Dublin, édition par T. W. Belcher.
3. Voy. Louis Duhring, *Practical treatise on diseases of the skin*, Philadelphie, 1877.

Par cet exposé succinct de l'historique de l'eczéma, on voit que quelques-uns des auteurs, dont nous venons d'analyser les théories, ont introduit des notions inexactes ou, au moins, une confusion fâcheuse dans la description de cette maladie, en méconnaissant le caractère vésiculeux primitif de l'éruption.

Sans aucun doute, la plupart des efflorescences superficielles de la peau reconnaissent pour cause le même processus morbide ; elles sont toutes de nature inflammatoire. Il est également vrai que ces éruptions peuvent passer facilement d'une forme à une autre, et que l'éruption vésiculeuse de l'eczéma, par exemple, se transforme fréquemment en pustules semblables à celles de l'impétigo : c'est pour ces cas mixtes qu'on emploie, depuis Devergie, la dénomination d'eczéma impétigineux. Mais les rapports d'origine et d'évolution qui unissent entre elles les diverses éruptions n'infirment pas le fait clinique parfaitement observé : c'est que chacune de ces formes éruptives affecte une manière d'être spéciale et typique.

Nous avons tenu compte de ces rapprochements et de ces différences dans notre classification. Nous avons réuni toutes les efflorescences cutanées dans un même groupe, celui des *dermatoses inflammatoires communes*, pour bien montrer qu'elles dérivaient toutes de la même lésion anatomique : la congestion et l'exhalation vasculaire; mais, tout en maintenant les liens qui unissent ces affections entre elles, nous pensons qu'il est juste de décrire chaque éruption en particulier et de lui attribuer une existence propre, en lui assignant les caractères distinctifs qui lui appartiennent.

Définition.

En résumé, parmi les auteurs que nous avons cités, si les uns, dans leurs définitions, ont fait jouer un rôle trop exclusif, il faut bien l'avouer, à l'éruption vésiculeuse, qui n'est qu'une manifestation du début et non de la période d'état, les autres, par contre, ont commis une exagération plus grande en ne tenant aucun compte de cette éruption initiale caractéristique; d'autres encore ont singulièrement élargi le cadre de la maladie et embrouillé sa description, en la confondant dans une même définition avec d'autres efflorescences cutanées, pustuleuses, papuleuses, squameuses, etc., qui n'ont de commun avec l'eczéma que la même origine congestive et inflammatoire.

Les définitions les plus simples, celles qui se bornent à caractériser l'eczéma comme l'a décrit Willan, nous semblent préférables à toutes les autres : telles sont les définitions de Rayer et de Bazin; telle est aussi la nôtre.

Nous croyons pouvoir définir l'eczéma : une dermatose inflammatoire superficielle, se développant sur une ou plusieurs parties du corps à la fois, caractérisée d'abord par de la rougeur avec tuméfaction, sentiment de tension et de cuisson de la peau, puis par l'apparition de vésicules acuminées plus ou moins confluentes, qui se terminent, dans un temps très court, par dessiccation ou par érosion en donnant lieu à l'écoulement d'un liquide plus ou moins abondant, transparent, visqueux, se coagulant rapidement et formant des croûtes plus ou moins épaisses, auxquelles succèdent des squames lamelleuses ou furfuracées, puis un épaississement progressif avec induration du derme.

Description générale.

Il est nécessaire, avant d'établir aucune division soit étiologique, soit topographique, soit morphologique, dans l'histoire de l'eczéma, de tracer la description générale de cette maladie, avec ses symptômes habituels, sa marche, ses causes et ses lésions. Après avoir exposé les caractères communs à toutes les formes, il sera plus facile d'aborder l'étude de chaque variété considérée en particulier.

Symptômes. — Quels que soient sa forme, son siège et sa nature, l'eczéma peut évoluer suivant le mode *aigu* ou suivant le mode *chronique*.

Eczéma aigu. — On peut diviser la symptomatologie de l'eczéma aigu en trois périodes : 1° période de congestion et de vésiculation; 2° période de suintement et de formation des croûtes; 3° période de desquamation. Quelques auteurs, séparant la congestion de la vésiculation, ont admis quatre périodes [1]; cette subdivision nous semble superflue, car la congestion du corps papillaire n'est, pour ainsi dire, que le premier acte ou le prodrome indispensable de la formation des vésicules, et les deux phénomènes sont tellement connexes qu'ils se succèdent sans interruption.

1. Voy. Lailler, *Leçons sur quelques affections cutanées*, recueillies par Cuffer, 1877, *Leçons sur l'eczéma*, p. 16.

1° *Période de congestion et de vésiculation.* — L'eczéma aigu débute très rapidement par la *rougeur* et la *tuméfaction* de la peau et par une sensation de cuisson et de *démangeaison* sur les parties affectées. Bientôt, et quelquefois immédiatement, les plaques rouges se recouvrent de petites *vésicules* acuminées et confluentes qui donnent à la peau un aspect chagriné. Ces vésicules sont transparentes, brillantes et remplies par un liquide clair; elles sont quelquefois tellement petites qu'on les aperçoit difficilement à l'œil nu, mais on les voit avec la loupe, et le doigt promené à la surface de la peau perçoit parfaitement leur existence. Parfois aussi, les vésicules sont tellement éphémères qu'elles se rompent aussitôt formées ou qu'elles s'affaissent instantanément par résorption de leur contenu. Le suintement ou la desquamation d'emblée se produisent alors, sans que l'observateur ait pu constater la présence des vésicules. C'est cette particularité propre à certaines variétés d'eczéma qui a induit en erreur quelques dermatologistes et les a portés à nier le caractère vésiculeux de la maladie.

Souvent, à mesure que les vésicules se forment, la cuisson du début fait place à une sorte de *pesanteur* et même à une véritable *tension douloureuse* des téguments enflammés.

La région malade n'est pas seulement rouge et tuméfiée, elle est le siège d'une *augmentation de la température locale*, appréciable à la main et au thermomètre. Bien que la température de la peau constatée par le thermomètre ne soit pas d'une exactitude rigoureuse, à cause de l'imperfection des instruments, néanmoins la comparaison entre les parties saines et la région malade, avec le même thermomètre, montre souvent une différence de un degré et quelquefois même de deux degrés centigrades.

2° *Période de suintement et de formation des croûtes.* — Au bout de vingt-quatre heures ou quarante-huit heures au plus, ou bien le contenu des vésicules se résorbe et la peau desquame immédiatement, ou bien les vésicules se rompent en donnant issue à un liquide clair, transparent, incolore, quelquefois blanchâtre et légèrement opalin ou même roussâtre, collant et poisseux comme une solution de gomme et empesant le linge à la manière du sperme. Ce liquide possède une odeur fade; sa réaction est alcaline [1]. Il se répand en plus ou moins grande abondance à la surface de la peau enflammée, dont le fond

1. L'un de nous (Hillairet) a maintes fois constaté que le liquide des vésicules eczémateuses n'était pas toujours alcalin, que parfois au contraire, dans l'ar-

rouge uniforme est semé d'un pointillé plus foncé, et se concrète, en englobant des débris épidermiques, sous forme de *croûtes* d'épaisseur variable, le plus souvent grisâtres, quelquefois jaunâtres, quand le liquide exhalé est un peu purulent, ou brunes quand, par le fait du grattage provoqué par les démangeaisons, il renferme une petite quantité de sang.

3° *Période de dessiccation et de desquamation; période pityriasique.* — Au bout de quelque temps, le suintement diminue et se tarit complètement, l'éruption se dessèche, les croûtes tombent et la desquamation s'opère; l'épiderme se détache sous forme de minces écailles qui se renouvellent plusieurs fois. Mais, après la chute définitive des squames, les téguments sous-jacents restent encore rouges et lisses pendant un certain nombre de jours.

Dans les cas où le liquide s'est résorbé sans rupture des vésicules, la dessiccation, comme nous l'avons déjà dit, succède immédiatement à la première période : il n'y a ni suintement ni croûtes. La desquamation est alors beaucoup plus fine, véritablement furfuracée et n'a qu'une très courte durée.

Des *phénomènes généraux*, tels que céphalalgie, fièvre modérée, courbature, état gastrique, anorexie, accompagnent souvent l'éruption. Ces symptômes, habituellement peu marqués, à moins que l'eczéma aigu n'occupe une très grande surface, sont plus fréquents dans les eczémas constitutionnels que dans les eczémas de cause externe : cependant on les observe quelquefois aussi dans ces derniers à un égal degré.

Eczéma chronique. — La forme chronique de l'eczéma peut succéder à l'état aigu : la peau s'indure et s'épaissit, grâce à la persistance de l'inflammation et à l'évolution des éléments embryonnaires, qui infiltrent les papilles, en corps fibro-plastiques et en fibres lamineuses. Mais, souvent aussi, cet état chronique débute d'emblée, à cause de la rapidité avec laquelle s'opère la néoformation conjonctive, et de la prédominance de la sclérose du derme sur la congestion vasculaire et sur l'exhalation séreuse qui en résulte.

Quoi qu'il en soit, que l'eczéma chronique soit primitif ou consé-

thritisme goutteux, il était acide et laissait même déposer, par l'évaporation et la dessiccation, des cristaux d'acide urique.

cutif, ses caractères objectifs diffèrent sensiblement de ceux de l'eczéma aigu.

Les phénomènes congestifs sont moins intenses, la rougeur moins vive, le gonflement moins marqué. Il n'y a pas de réaction générale, pas de fièvre et, souvent même, pas d'état saburral des voies digestives. La tension des téguments enflammés est habituellement moins forte que dans la forme aiguë ; mais, par contre, les démangeaisons sont plus violentes, plus persistantes, véritablement insupportables; elles deviennent en quelque sorte brûlantes, et les malades, ne pouvant résister au besoin de se gratter, se déchirent avec les ongles et les corps les plus durs. Ces démangeaisons sont exaspérées par la chaleur, par le contact des vêtements de laine, par l'usage des aliments épicés, des spiritueux et des boissons excitantes, telles que le café et le thé. « Certains eczémateux, dit Alibert, souffrent comme s'ils étaient dans un brasier ardent; les paroles sont, en vérité, insuffisantes pour décrire les tortures auxquelles ces malheureux sont en proie [1]. »

Les vésicules sont rarement observées ; elles sont peu nombreuses, éphémères, et n'apparaissent qu'au moment des recrudescences, car l'eczéma chronique procède par poussées successives, dont chaque retour est marqué par une nouvelle éruption. Le suintement est toujours moins abondant que dans l'eczéma aigu, mais le liquide exhalé est plus épais, moins séreux, plus plastique et se concrète plus rapidement. Les formations croûteuses, l'épaississement et l'induration profonde de la peau sont les phénomènes prédominants. Cette peau, qui a perdu sa souplesse et une partie de son élasticité, se fendille au moindre tiraillement ; on observe alors tantôt des gerçures et des fissures, tantôt un craquelage particulier de l'épiderme, tantôt des exulcérations et des productions séro-purulentes. De ces accidents multiples résultent des formes variées, que nous étudierons plus loin, auxquelles on a donné les noms d'eczéma fendillé, d'eczéma craquelé, etc.

Dans d'autres cas, l'éruption est presque complètement sèche ; elle se rapproche du lichen par son caractère papuleux [2] et s'accompagne de démangeaisons encore plus vives que dans la forme croûteuse pré-

1. Voy. Alibert, *Monographie des dermatoses*.
2. C'est l'eczéma lichénoïde de Devergie.

cédente ; la peau est rugueuse, l'exsudation cutanée est à peine sensible, et l'épiderme s'exfolie sous forme de minces écailles furfuracées qui lui donnent un aspect blanchâtre et farineux.

Plus rarement, au lieu de cette rugosité et de cette apparence farineuse, les téguments présentent une surface lisse et une teinte rouge, luisante, uniforme [1] ; il n'y a plus trace de suintement séreux ; l'épiderme aminci se détache par squames imperceptibles et se renouvelle incessamment. Cet eczéma, qui siège de préférence aux jambes [2], aux pieds et aux mains, serait facilement méconnu, si l'on ne voyait survenir de temps en temps quelques poussées vésiculeuses discrètes et fugaces, qui suffisent pour caractériser la maladie.

Marche. — Rien de plus variable et de plus irrégulier que la [illegible]he de l'eczéma.

[illegible] **zéma aigu** [illegible] as[illegible] rapidement ; mais, tantôt il [illegible]ourt ré[illegible]squ'à sa terminaison, tantôt il [illegible] au [illegible]eparaître à plusieurs reprises, [illegible] ces conditions qu'il finit par [illegible]

[illegible], parfois de trois, quatre ou [illegible] car la maladie est entretenue [illegible] le grattage et sou[illegible] n des causes extérieures. La durée peut être prolongée aussi par le développement d'*éruptions furonculeuses secondaires*, qui viennent compliquer l'eczéma et aggraver son pronostic, car elles sont souvent sous la dépendance d'un mauvais état général. Cette complication n'est pas rare, notamment, chez les diabétiques.

Les *récidives* sont fréquentes.

L'eczéma chronique suit une marche irrégulière et lente et présente une longue succession d'exacerbations et de rémissions alternatives. Il est sujet à des recrudescences subaiguës, à des poussées qui surviennent sous l'influence de la moindre irritation. L'inflammation superficielle du corps papillaire se propage peu à peu aux parties profondes du derme ; l'induration et l'épaississement de la peau qui en résultent entraînent la prolongation, la persistance indéfinie et souvent

1. Cette forme a été décrite quelquefois sous le nom d'*eczema rubrum chronique*.
2. Voy. Chausit, *Traité des maladies de la peau*, p. 71.

l'incurabilité de la maladie. Le suintement et les formations croûteuses, pendant les périodes de rémission inflammatoire, sont remplacés par une exfoliation furfuracée, qui ne disparaît à son tour que pour faire place, sous l'influence d'une poussée aiguë, à une nouvelle exsudation plastique et à de nouvelles croûtes.

En dépit de tout traitement, la durée de l'eczéma chronique est toujours très longue et indéterminée ; elle peut varier de quelques mois à plusieurs années. Quand la maladie doit guérir, elle se termine toujours très lentement et progressivement par la diminution graduelle de la sécrétion et par la résolution plus ou moins complète de la sclérose du derme. Le plus souvent, quand l'eczéma a duré pendant un certain temps, l'épaississement de la peau est très long à disparaître ou même ne disparaît pas entièrement. Dans tous les cas, l'éruption laisse à sa suite une empreinte pigmentaire brunâtre qui persiste quelquefois pendant toute la vie.

Il y a plus ; non seulement l'eczéma chronique est toujours très difficile à guérir et parfois incurable, mais encore il peut se convertir en une affection plus grave, la dermatite exfoliatrice ou pemphigus foliacé. Et ce n'est pas encore la terminaison la plus fâcheuse, car la guérison d'un eczéma chronique invétéré peut être suivie de l'apparition d'un cancer. Bazin a particulièrement insisté sur ces faits, mais il faisait à tort de la métastase (?) cancéreuse le propre de son eczéma herpétique ; nous avons pour notre part observé plusieurs fois ce mode de terminaison chez des eczémateux *arthritiques*, graveleux et goutteux.

Diagnostic. — **Eczéma aigu.** — Au début, avant la vésiculation, quand il n'existe qu'une simple rougeur congestive, l'eczéma peut être confondu avec l'*érythème ;* mais cette confusion n'est jamais que de courte durée, à cause de l'apparition rapide des vésicules eczémateuses et du suintement séreux qui fait toujours défaut dans l'érythème.

L'eczéma aigu de la face, soit généralisé, soit localisé au nez ou aux paupières, ressemble beaucoup, à première vue, à l'*érysipèle*, et le facies du malade est à peu près le même dans les deux cas ; l'eczéma de la verge, généralement accompagné d'œdème, peut aussi être pris pour un érysipèle. Mais, par un examen plus attentif, on découvre à la surface de la peau eczémateuse de petites vésicules confluentes, ou au moins un état rugueux et chagriné caractéristique, tandis qu'au

contraire l'éruption érysipélateuse est lisse, brillante, bordée par un bourrelet circonférentiel et constamment accompagnée de l'engorgement précoce des ganglions lymphatiques. De plus, les symptômes généraux (frisson, fièvre, courbature, etc.), à peu près nuls dans l'eczéma, sont toujours très marqués dans l'érysipèle [1].

La distinction de l'eczéma simple et de la *gale*, qui est une cause fréquente d'eczéma artificiel, est assez facile à faire. La gale donne lieu, il est vrai, à de véritables vésicules eczémateuses ; mais, indépendamment de la présence des sillons de l'*acarus*, qu'il faut toujours rechercher, ces vésicules sont mêlées à des lésions multiples, papuleuses et pustuleuses, car le polymorphisme est, comme on le sait, le caractère essentiel de l'éruption psorique.

Les vésicules de l'*herpès* sont plus grosses, arrondies, comme perlées; elles sont disposées par groupes isolés, tandis que, dans l'eczéma, les vésicules petites, acuminées et confluentes sont agglomérées sous forme de plaques irrégulières et mal circonscrites. L'herpès siège en général au voisinage des muqueuses (les lèvres, les narines, la vulve, le prépuce, l'anus), ou bien il affecte une disposition particulière en demi-cercle, sous le nom de *zona* ou *herpès zoster*. L'herpès a une durée limitée ; ses vésicules ne se résorbent jamais, à cause de leur volume et de la quantité de liquide qu'elles contiennent, mais elles se rompent sans produire de suintement appréciable et sont remplacées par des exulcérations cuisantes et douloureuses, bientôt recouvertes elles-mêmes de croûtes sèches, brunes ou jaunâtres. La desquamation qui succède à la chute de ces croûtes est à peine sensible.

La *suette miliaire*, qui est une fièvre éruptive épidémique, ne saurait être confondue avec l'eczéma aigu. La marche des deux affections est toute différente ; les vésicules sont plus volumineuses dans la suette, et, de plus, l'éruption est constamment accompagnée de sueurs abondantes qui font totalement défaut dans l'eczéma.

La *varicelle* (variole vésiculeuse de Rayer, chicken-pox) est une éruption fébrile, contagieuse, généralisée et le plus souvent discrète, dont les vésicules globuleuses, plus volumineuses que celles de l'eczéma, ressembleraient plutôt à celles de l'herpès. Ces vésicules sont isolées, disséminées sur toute la surface du corps et ne présentent

1. Voy., ci-dessus, les symptômes et le diagnostic de l'érysipèle.

dans aucun cas la confluence qui caractérise l'eczéma aigu généralisé.

Les vésicules des *sudamina* ne sont accompagnées ni de rougeur ni de démangeaison; elles sont dénuées de tout caractère inflammatoire. Leur apparition est liée à la diaphorèse et n'est précédée d'aucun prodrome général ou local. On observe cette éruption, comme épiphénomène sans importance, dans le cours des maladies générales fébriles, telles que le rhumatisme articulaire aigu, la scarlatine, la fièvre typhoïde, l'infection purulente, et, d'une manière générale, dans le cours de toutes les affections accompagnées d'une sudation abondante. Les vésicules des sudamina ne donnent lieu à aucun suintement et se résorbent rapidement, sans jamais produire de croûtes : ce sont là autant de caractères qui empêcheront toujours de les confondre avec une éruption eczémateuse, si légère et si passagère qu'elle soit.

L'affection vésiculeuse récemment décrite sous le nom de *dysidrosis* (Tilbury Fox [1]) ou de *cheiro-pompholix* (Hutchinson), ressemble beaucoup à l'eczéma aigu ; elle en diffère seulement par l'absence complète de croûtes [2].

Les bulles du *pemphigus* aigu, même quand elles sont petites et confluentes, sont toujours très différentes, par leur volume et par leur forme, des vésicules très petites, conglomérées et acuminées de l'eczéma.

Les pustules psydraciées de l'*impétigo* contiennent, dès leur naissance, une humeur épaisse, purulente, jaune verdâtre, tandis que les vésicules de l'eczéma sont remplies par un liquide clair et opalin. Les pustules de l'impétigo sont aussi généralement plus volumineuses

1. Voy. T. Fox, *Brit. med. Journal*, 27 sept. 1873. — Fox et Crocker, *Brit. med. Journal*, 1874.

2. Le **dysidrosis** est, d'après T. Fox, une éruption causée par la rétention de la sueur dans ses canaux excréteurs; elle est aux glandes sudoripares ce que l'acné est aux glandes sébacées. Cette éruption est constituée par des groupes disséminés de vésicules miliaires reposant sur une base rouge, quelquefois tellement confluentes qu'elles forment de véritables bulles. Elle a été observée par Fox sur les mains et les avant-bras et par Broamhead sur la face dorsale des pieds. Les recherches d'histologie pathologique de Fox et Crocker ont montré que, dans cette affection, la congestion et l'inflammation étaient localisées autour des glandes sudoripares, dont les conduits sont, en même temps, dilatés et remplis de cellules épithéliales desquamées. Les vésicules occupent la partie supérieure des canaux excréteurs, dans la couche de Malpighi, et résultent de la dilatation de ces canaux. — Kaposi regarde le dysidrosis de T. Fox comme identique avec l'eczéma aigu; au contraire, E. Besnier et Doyon acceptent cette éruption comme une espèce distincte. (Voy. *Notes à la traduction de Kaposi.*)

et plus discrètes, moins cohérentes que les vésicules eczémateuses. L'*eczéma impétigineux* est une forme dégénérée ou complexe : il offre à son début soit des vésicules transparentes, qui deviennent rapidement purulentes, soit, ce qui est plus rare, un mélange de vésicules d'eczéma et de pustules d'impétigo (Rayer) [1]. A la période croûteuse, les différences sont aussi tranchées : les croûtes de l'impétigo sont jaunâtres, melliformes, épaisses, inégales, molles et friables, recouvrant une nappe de pus ; celles de l'eczéma sont moins épaisses, plus sèches, plus compactes et de couleur grisâtre.

Les croûtes de la *séborrhée sèche* (acné sébacée concrète) peuvent au premier abord être confondues avec celles de l'eczéma, surtout quand cette forme d'acné est généralisée, spécialement à la face et au cuir chevelu. Mais on reconnaîtra la séborrhée à ses croûtes molles, onctueuses, malléables, faciles à détacher ; quand on enlève ces croûtes, on trouve au-dessous d'elles l'épiderme intact, non enflammé ni excorié, et on voit à sa surface les orifices béants des glandes sébacées qui laissent échapper un liquide gras et comme huileux.

A la période de desquamation, il faut distinguer l'eczéma du *pityriasis*. Les squames du pityriasis ne sont jamais précédées de suintement ni de croûtes ; elles sont plus minces que celles de l'eczéma ; la peau qu'elles recouvrent a conservé sa souplesse. C'est spécialement sur la tête que la confusion est possible ; cependant il est rare qu'on ne trouve pas, s'il s'agit d'eczéma, des croûtes ou un suintement derrière les oreilles, tandis que le pityriasis *capitis* est une affection essentiellement furfuracée et toujours bornée au cuir chevelu.

A la période squameuse, l'eczéma peut aussi être confondu avec l'*herpès circiné*. Cependant les deux affections ont une marche bien différente. L'herpès circiné présente une extension excentrique qu'on n'observe pas sur les plaques nummulaires de l'eczéma. Celui-ci n'est pas contagieux, a une grande tendance à devenir chronique et provoque des démangeaisons très vives, tandis que l'herpès circiné est contagieux, a toujours une marche aiguë et occasionne moins de démangeaison. Dans les cas les plus embarrassants enfin, l'examen microscopique lèvera tous les doutes.

Eczéma chronique. — Il est difficile de confondre l'eczéma chronique avec le *pemphigus chronique* (pemphigus diutinus) ; dans les

1. Voy. Rayer, *Traité des maladies de la peau*, t. I, p. 403.

premiers temps surtout, les grosses bulles du pemphigus sont facilement reconnaissables. Mais plus tard, quand, à la suite de la rupture des bulles, les téguments sont recouverts de larges squames, le diagnostic peut offrir de l'embarras à un observateur inexpérimenté. Biett a bien établi les signes distinctifs des deux affections : « Les squames du pemphigus ont une largeur considérable, elles sont superposées comme les pétales d'une large corolle ; dans l'eczéma, les squames sont moins larges, plus légères et point superposées [1]. » Dans le pemphigus, même à la période squameuse, on trouve toujours, sur différents points, des débris de bulles récemment crevées. L'éruption du pemphigus diutinus est, généralement aussi, beaucoup plus étendue et beaucoup plus grave que celle de l'eczéma.

Le *psoriasis* généralisé se distingue facilement de l'eczéma chronique par l'absence de suintement et par l'apparence des squames, qui sont sèches, micacées et chatoyantes. Quand on gratte avec l'ongle les squames du psoriasis, on voit qu'elles reposent sur des élevures rouges et papuleuses de la peau, qui est, sur les parties malades, fortement congestionnée mais ne présente jamais ni gerçures, ni fissures, ni excoriations.

Le psoriasis limité à une région du corps, principalement celui qui est localisé au cuir chevelu, est souvent d'un diagnostic plus difficile. Dans les cas douteux, il faudra tenir compte surtout de la délimitation très nette des plaques du psoriasis ; comparé à l'eczéma, qui est toujours plus diffus et dont l'éruption a de la tendance à s'étendre sur les parties voisines. La sécheresse, l'aspect nacré et l'épaisseur des squames sont les caractères du psoriasis ; le suintement, les formations croûteuses et les démangeaisons appartiennent à l'eczéma. Enfin qu'on n'oublie jamais d'examiner toute la surface cutanée. S'il existe une éruption aux oreilles, on doit penser aussitôt à l'eczéma ; si l'on trouve, au contraire, quelques squames isolées aux genoux ou aux coudes, le diagnostic de psoriasis sera, par ce fait, établi.

On pourrait, dans certains cas, confondre l'eczéma chronique avec le *lichen agrius*, quand celui-ci est accompagné d'un léger suintement séro-sanguinolent produit par les excoriations que détermine le grattage. Mais, si l'on a égard à la lésion élémentaire du lichen, qui est une papule et non une vésicule ; si l'on se rappelle que la

1. Voy. Biett, *Dict. de méd. en 25 volumes*, Eczéma, t. XI, p. 189.

peau, dans le lichen agrius, est toujours beaucoup plus rugueuse que dans l'eczéma; que le lichen est accompagné d'un prurit brûlant, différent des démangeaisons eczémateuses, et qu'enfin, au lieu de squames lamelleuses, il est recouvert de croûtelles dures, minces et rouges, résultant de l'exulcération des papules, il sera généralement facile d'éviter l'erreur.

Le *prurigo* est aussi une affection papuleuse et non suintante, comme le lichen. Les papules excoriées par le grattage donnent lieu à de petites croûtes sanguinolentes qui ne ressemblent pas à l'éruption eczémateuse.

Le *lupus érythémateux*, ainsi que le remarque justement Lailler [1], peut simuler l'eczéma chronique. Cependant, dans le lupus, il y a une lésion plus profonde du derme, qui est induré et épaissi par l'infiltration néoplasique; la peau est quelquefois rétractée par le tissu cicatriciel; elle est couverte d'écailles épidermiques, mais elle ne présente pas de suintement.

Nous croyons inutile de faire le diagnostic de l'eczéma, à la période croûteuse, avec le *favus* ou avec les *croûtes syphilitiques;* il faudrait bien peu d'attention pour confondre des affections si différentes.

Pronostic. — La gravité de l'eczéma réside surtout dans la ténacité souvent invincible de l'éruption et dans la facilité des récidives.

Nous avons déjà signalé d'une part la transformation possible de l'eczéma en pemphigus foliacé [2] et, d'autre part, la fréquence du cancer chez les eczémateux. Il est juste de reconnaître toutefois que le cancer n'appartient pas en propre à l'eczéma; il est seulement une dépendance, une conséquence éloignée de l'*arthritisme*, dont l'eczéma lui-même est une des principales manifestations.

Mais, en dehors de ces complications, l'eczéma n'est ordinairement pas une affection mortelle. Cependant on a pu observer quelques rares exemples d'eczéma généralisé suraigu terminés par la mort. Nous avons vu à l'hôpital Saint-Louis, en 1879, un malade du pavillon Gabrielle succomber à un eczéma aigu généralisé; c'était un homme qui, primitivement atteint d'un eczéma discret de la face et des membres.

1. Voy. Lailler, *Leçons sur quelques affections cutanées*, recueillies par Cuffer, page 20.

2. Cette transformation était déjà connue de Cazenave, qui la considérait comme fort rare.

avait eu la malencontreuse idée de lotionner ses plaques eczémateuses avec une solution forte d'acide phénique. Sous l'influence de l'irritation déterminée par ce traitement, l'inflammation cutanée devint d'une intensité inaccoutumée; l'éruption se généralisa à toute la surface du corps et se propagea même aux muqueuses. Le malade mourut, et l'autopsie prouva que la mort devait être imputée aux congestions viscérales produites par la suppression des fonctions de la peau [1].

L'eczéma, ainsi que l'avait déjà remarqué Rayer [2], est une affection qu'il est quelquefois *dangereux de guérir trop rapidement chez les vieillards et chez les enfants*. Nous avons indiqué précédemment [3] les accidents qui peuvent survenir à la suite de la suppression brusque d'une éruption eczémateuse chez les vieillards; chez les enfants aussi, dans les cas d'eczémas généralisés et constitutionnels, une thérapeutique trop active n'est pas exempte de dangers [4]. Et cette remarque ne s'applique pas seulement aux âges extrêmes; elle n'est pas non plus spéciale à l'eczéma, et d'une manière générale, même chez les adultes, il est imprudent de chercher à faire disparaître trop rapidement les dermatoses diathésiques.

Étiologie.

I. Causes diathésiques ou constitutionnelles (causes internes). — La cause principale de l'eczéma est cet état morbide spécial, cette modification intime et totale de l'organisme qui résulte d'une altération humorale encore mal connue dans son essence et dans sa nature et à laquelle on donne communément le nom d'**arthritisme**. Malheureusement, ces expressions : *maladie générale*, *maladie constitutionnelle* et *diathèse*, ne sont que des mots qui cachent notre ignorance, car ce

1. Voir plus loin l'*anatomie pathologique de l'eczéma*. Cette observation a fait le sujet d'un travail publié par l'un de nous dans les *Annales de dermatologie* d'avril 1881. (*Note sur l'anat. path. de l'eczéma*, par E. Gaucher.)
2. Voy. Rayer, *Maladies de la peau*, t. I, p. 404.
3. Voy., ci-dessus, *Le pronostic général des maladies de la peau*, p. 156, 157.
4. J'ai vu déjà trois fois, dans l'espace de deux années, chez de jeunes enfants, la guérison rapide de l'eczéma par des applications d'huile de cade mitigée être suivie des conséquences les plus graves. L'un de ces enfants mourut de convulsions, l'autre de broncho-pneumonie au moment où l'éruption disparaissait complètement; le troisième fut atteint d'une entérite dysentériforme qui mit ses jours en danger. Sont-ce là de simples coïncidences ou des phénomènes de métastase? J'avoue qu'il faudrait de plus nombreux exemples pour juger définitivement la question. — E. G.

n'est pas définir l'arthritisme que de l'appeler la *diathèse urique* ou la *dyscrasie acide*. L'arthritisme n'est bien connu que par ses effets; on sait seulement, d'une manière positive, qu'il existe certaines affections de la peau, des muqueuses ou des viscères, liées entre elles par les rapports les plus étroits, qui peuvent se succéder chez le même individu ou alterner de génération en génération par transmission héréditaire, et on en conclut assez légitimement que toutes ces affections appartiennent au même groupe morbide. L'eczéma est donc, dans la majorité des cas, une *affection arthritique*, mais nul n'a pu pénétrer la cause première de cette dermatose, pas plus que celle de la goutte, de l'asthme, de l'emphysème pulmonaire, de l'athérome artériel ou des autres manifestations de l'arthritisme [1].

La *scrofule*, qui imprime toujours à l'eczéma, de quelque origine qu'il soit, un caractère propre et des allures spéciales, est aussi capable, à elle seule, de donner naissance à cette dermatose, ainsi que l'ont admis Rayer [2], Milcent [3], Lebert [4] et Bazin [5]. Il n'y a donc pas seulement un *eczéma des scrofuleux*, mais encore un *eczéma scrofuleux*. Lailler, dans son service de l'hôpital Saint-Louis, sur un total de 1760 observations d'eczéma, a trouvé 161 fois des manifestations scrofuleuses concomitantes, et, dans 106 de ces cas, la scrofule a paru avoir une influence directe sur la production de l'éruption [6].

Nous ne discuterons pas, de nouveau, l'influence de la diathèse herpétique ou *dartreuse*, dont nous avons déjà rejeté l'existence et qui, en effet, ne possède ni délimitation ni définition précises. Ce qu'on a appelé *herpétisme* n'est vraisemblablement, dans la majorité des cas, que l'arthritisme ou la scrofule dégénérés ou méconnus.

Il serait très important, au point de vue de l'étiologie, de connaître les *antécédents personnels* et *héréditaires* des eczémateux; mais les

1. Dans un livre récent, qui est la reproduction des leçons qu'il a professées à la Faculté de médecine de Paris, Ch. Bouchard a réuni toutes les manifestations de l'arthritisme sous la dénomination commune de maladies par *ralentissement de la nutrition*. Cette nouvelle théorie, basée sur les données de la chimie moderne, est certainement la conception pathogénique la plus satisfaisante que nous possédions sur ce groupe d'affections. (Voy. *Maladies par ralentissement de la nutrition*, par Ch. Bouchard, Paris, 1882.)
2. Voy. Rayer, *Traité théor. et prat. des maladies de la peau*, 1835.
3. Voy. Milcent, *Traité de la scrofule*, Paris, 1846.
4. V. Lebert, *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, Paris, 1849.
5. Voy. Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule*, 2e édit., Paris, 1861.
6. Voy. Sanglé, thèse de Paris 1880, n° 161. *Étude sur l'eczéma scrofuleux*.

statistiques hospitalières sont incapables de fournir des données précises à cet égard. Sur un total de 300 malades atteints d'eczéma, l'un de nous (Hillairet), dans son service de l'hôpital Saint-Louis, a trouvé, comme *antécédents personnels* : 42 fois des *gourmes* dans l'enfance, 1 fois des *engelures*, 12 fois des *conjonctivites*, 19 fois des *engorgements ganglionnaires*, 4 fois de l'*impétigo du visage* (en tout 78 cas d'accidents scrofuleux) ; 11 fois des *varices*, 5 fois des *érysipèles de la face*, 21 fois des *rhumatismes articulaires* ou *musculaires*, 3 fois des *bronchites fréquentes*, 2 fois de l'*emphysème pulmonaire*, 1 fois des *névralgies*, 2 fois l'*hystérie*, 2 fois la *migraine*, 3 fois de la *constipation habituelle*, une fois de la *dyspepsie*, 10 fois l'*alcoolisme*, 1 fois la *ménopause*, 1 fois la *grossesse*, 1 fois le *sevrage*, 14 fois des antécédents variés et sans importance appréciable ; 54 malades ont nié tout antécédent pathologique ; tous les autres (sur 300) n'ont pu fournir aucun renseignement.

Les *antécédents héréditaires*, on le comprendra facilement, sont encore plus difficiles à déterminer. Parmi les 300 malades dont nous venons de relever les antécédents personnels, 19 seulement ont donné des renseignements positifs sur leur hérédité ; 57 ont donné des renseignements négatifs, nécessairement très douteux ; les autres n'ont pu donner aucun renseignement.

Sur les 19 observations dans lesquelles nous avons constaté des antécédents héréditaires, 8 fois seulement il y avait eu de l'eczéma chez les ascendants (3 fois chez la mère, 4 fois chez le père, 1 fois chez un frère aîné). Le relevé des 11 autres observations mentionne ensuite : le rhumatisme articulaire 2 fois (1 fois chez le père, 1 fois chez la mère), l'impétigo 1 fois chez le père, l'asthme 1 fois chez la mère, l'apoplexie 1 fois chez la mère, la paralysie 1 fois chez le père, le cancer 1 fois chez le père, l'érysipèle 1 fois chez la mère, le pemphigus 1 fois chez la mère, la pneumonie et la phthisie pulmonaire chacune 1 fois chez le père.

On voit qu'avec de tels éléments il est impossible d'établir une statistique sérieuse et d'arriver à une conclusion légitime, et nous n'avons donné des chiffres que pour montrer l'inanité des statistiques hospitalières.

Mais, dans la clientèle de la ville, les renseignements étiologiques positifs sont beaucoup plus faciles à obtenir. Ces renseignements montrent alors que l'eczéma est une affection assez fréquemment hé-

réditaire; ils montrent aussi et surtout que, chez les ascendants des eczémateux, on trouve, beaucoup plus fréquemment encore que l'eczéma lui-même, soit le rhumatisme, soit la goutte, soit l'asthme, soit une autre affection cutanée (le psoriasis par exemple ou l'impétigo), soit le cancer, soit la scrofule. En d'autres termes, ce n'est pas, d'une manière générale, de l'eczéma qu'on hérite le plus souvent, mais bien d'une *certaine disposition constitutionnelle* apte à lui donner naissance.

Or c'est pour expliquer cette *disposition constitutionnelle* que les dermatologistes ont échafaudé tant de doctrines et qu'on a créé l'*herpétisme* et la *dartre*. Mais, ainsi que le remarquait sagement Devergie, la cause prédisposante qui entretient et perpétue l'eczéma nous échappe le plus souvent [1]. S'il est bien établi que l'eczéma est produit dans la généralité des cas, par une cause interne, il est juste de reconnaître aussi que *cette cause interne est fréquemment inconnue*. Il ne suffit pas de dire qu'elle est variable, car si l'eczéma se manifeste souvent chez des arthritiques ou chez des scrofuleux, on l'observe également chez des individus qui ne sont ni arthritiques ni scrofuleux, qui jouissent d'une santé excellente, chez lesquels on ne trouve aucun antécédent morbide, et, dans toutes ses variétés d'origine, l'éruption se présente avec des caractères fondamentaux qui ne diffèrent pas essentiellement.

II. Causes anatomo-pathologiques. — L'eczéma n'est pas rare chez les *cardiaques* arrivés à la période asystolique ou chez les individus atteints d'affections du foie; mais, chez ces malades, il est surtout le résultat de l'irritation produite par les causes extérieures, agissant sur une peau mal nourrie et souvent œdématiée. Il est particulièrement fréquent dans le cours du *diabète sucré*; il est alors souvent accompagné d'autres éruptions de diverse nature, soit érythémateuses, soit furonculeuses, soit ecthymateuses, etc.

Mais les causes anatomo-pathologiques les plus importantes de l'eczéma sont les lésions du système nerveux. Les chirurgiens américains *Mitchell*, *Morehouse* et *Keen* ont les premiers décrit les *éruptions eczémateuses* qui peuvent compliquer l'érythème qu'on observe, comme trouble trophique, à la suite des traumatismes des nerfs [2]. *Mougeot* [3] admet

1. Voy. Devergie, *Précis pratique des maladies de la peau*, 2e édit., p. 27 et p. 247.
2. Voy., ci-dessus, *Erythème par trouble trophique*, page 251.
3. *Recherches sur quelques troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs*, Mougeot, thèse de Paris, 1867, p. 26.

la dénomination d'eczéma, employée par les chirurgiens de Philadelphie, pour désigner les éruptions vésiculeuses miliaires qui ne suivent pas le trajet des nerfs, mais il n'apporte aucun fait nouveau. *Couyba*[1] considère l'eczéma qui se manifeste après les traumatismes de la moelle et des nerfs comme le dernier terme de l'érythème ou plutôt comme un degré de plus dans l'évolution inflammatoire. Il compare cet eczéma à l'*eczéma rubrum* et cite trois observations empruntées à l'ouvrage de W. Mithell, Keen et Morehouse[2] : un eczéma de la paume de la main à la suite d'un traumatisme du plexus brachial, un eczéma du pied dans un cas de névrite sciatique, un autre eczéma de la paume de la main à la suite d'une lésion de la moelle épinière par une balle. *Arnozan*[3] rapporte une observation de *Brouardel*, dans laquelle un eczéma apparut sur le trajet du nerf radial, à la suite d'une violente contusion de l'épaule, chez un homme de soixante ans qui n'avait jamais eu d'eczéma antérieurement et chez lequel, d'ailleurs, cet eczéma provoqué guérit en quinze jours, sans récidives ultérieures. D'autres auteurs ont publié des observations d'eczéma de la face survenu à la suite de colère, de frayeur, d'émotion morale vive[4], de névralgie du trijumeau[5], de travaux intellectuels excessifs[6]. On a décrit aussi l'eczéma dans le cours de l'hystérie. On a même considéré comme d'origine nerveuse certaines poussées eczémateuses alternant avec des migraines[7]. Enfin deux auteurs italiens[8] ont essayé de donner un fondement anatomique aux observations cliniques précédentes; l'un aurait trouvé, dans un cas d'eczéma aigu généralisé, des lésions des ganglions du grand sympathique; l'autre, dans un grand nombre de cas d'eczéma, dit avoir rencontré des altérations des nerfs cutanés.

Tels sont dans leur ensemble les faits relatifs à l'origine nerveuse de l'eczéma; mais toutes les assertions que nous venons de rapporter ont besoin d'être discutées de plus près. S'il nous faut donner notre

1. Voy. Louis Couyba, *Des troubles consécutifs aux lésions de la moelle et des nerfs*, thèse de Paris, 1871, p. 7, 18 et 19.
2. Gunshot wounds and other injuries of nerves.
3. Voy. Arnozan (de Bordeaux), *Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux*, thèse d'agrégat. en médecine, Paris, 1880.
4. Voy. Meyer, *Influence des émotions morales sur le développement des affections cutanées*, thèse de Paris, 1876.
5. Eulemburg et Carafy, cités par Leloir, *Recherches sur les affections cutanées d'origine nerveuse*, thèse de Paris, 1882, p. 157.
6. Bulkley et Bastard, cités par Leloir.
7. Observ. de Lailler citée par Leloir, p. 160.
8. Marcacci et Colomiatti, cités par Leloir, p. 162.

opinion une fois pour toutes, nous pensons que la théorie des lésions trophiques de la peau, malgré quelques faits positifs, est une théorie dangereuse, qu'on tend à généraliser beaucoup trop aujourd'hui; et cependant l'expérience a déjà prouvé que cette généralisation hâtive pouvait être féconde en erreurs. En dehors de certains cas de zona névralgique dépendant d'une névrite et des éruptions de diverse nature provoquées par les traumatismes de la moelle et des nerfs et par l'ataxie locomotrice, il n'y a plus que des observations isolées, exceptionnelles, souvent très discutables et qui ne peuvent conduire qu'à des hypothèses. C'est en vain que quelques observateurs, se laissant entraîner par leur imagination bien loin de la vérité et de l'exacte interprétation des faits, ont prétendu trouver dans des altérations nerveuses la cause de presque toutes les affections cutanées : qui veut trop prouver ne prouve rien. — Il ne suffit pas de découvrir dans les nerfs de la peau malade quelques tubes dégénérés (peut-être secondairement) pour conclure à une lésion cutanée d'origine trophique. Il ne suffit pas non plus d'observer une éruption à la suite d'une affection du cerveau, de la moelle ou des nerfs, pour admettre immédiatement que cette éruption est sous la dépendance d'un trouble du système nerveux, sans poser au moins la question de coïncidence et sans rechercher, par un examen complet des antécédents du malade, si l'affection cutanée et l'affection nerveuse ne seraient pas, comme la migraine et l'eczéma par exemple[1], deux résultats de la même cause générale, de la même diathèse : l'arthritisme. Et, même dans les cas où l'éruption a succédé très nettement à une contusion médiate des troncs nerveux à travers les téguments[2], rien ne prouve que la contusion ait eu d'autre influence que celle d'une *cause occasionnelle*, et que la cause première de la dermatose ne soit pas un vice constitutionnel qui n'attendait qu'une occasion favorable pour se manifester.

III. Causes physiologiques. — L'*âge* paraît exercer une certaine influence sur la fréquence de l'eczéma ; c'est à l'âge moyen de la vie, et surtout de vingt à trente ans, que nous avons observé le plus grand nombre de cas. Voici d'ailleurs une statistique établie dans le service

1. Voy. ci-dessus, p. 355, le fait de Lailler cité Leloir (eczéma alternant avec la migraine).
2. Comme dans l'observation de Brouardel citée par Arnozan (voy. ci-dessus, p. 355).

d'Hillairet à l'hôpital Saint-Louis et portant sur trois cents observations. Nous ferons remarquer seulement que cette statistique n'a qu'une valeur relative jusqu'à l'âge de quinze ans, car on ne reçoit qu'exceptionnellement, à l'hôpital Saint-Louis, des enfants au-dessous de cet âge. Sur *trois cents malades atteints d'eczéma*, nous avons trouvé :

Au-dessous de 5 ans	1
De 5 à 10 ans	1
De 10 à 15 ans	8
De 15 à 20 ans	36
De **20 à 30** ans	**78**
De 30 à 40 ans	59
De 40 à 50 ans	44
De 50 à 60 ans	38
De 60 à 70 ans	20
De 70 à 80 ans	2
Age non indiqué	13
Total	300

Il est bon de faire observer aussi que la décroissance graduelle de l'eczéma à partir de trente ans peut tenir à la mortalité générale; c'est pourquoi vraisemblablement nous ne trouvons que deux cas d'eczéma après soixante-dix ans. Il est imposible qu'une statistique de ce genre soit mathématiquement exacte, si l'on considère en bloc tous les cas d'eczéma, sans avoir égard aux différences numériques de la population d'un âge à un autre; il y a moins d'individus au-dessus de quarante ans qu'au-dessous, moins au-dessus de cinquante ans qu'au-dessus de quarante, moins au-dessus de soixante qu'au-dessus de cinquante, etc. Il est donc naturel que le nombre des maladies diminue proportionnellement avec le nombre des individus. Les statistiques pathologiques ont toutes le défaut d'être *absolues* et non *relatives* au nombre moyen des habitants à un âge donné.

L'âge influe dans une certaine mesure sur la marche et sur la forme de l'eczéma. On sait que les dermatoses, d'une manière générale, sont beaucoup plus rebelles chez les vieillards : l'eczéma rentre dans la loi commune. Quant à la forme, c'est surtout dans l'enfance et dans l'adolescence qu'elle affecte un caractère spécial; à ces âges, en effet, l'eczéma est fréquemment impétigineux. — Nous reviendrons d'ailleurs sur les particularités de forme, en traitant des variétés de l'eczéma.

Les deux *sexes* nous ont semblé également tributaires de cette dermatose; sur nos trois cents observations, nous trouvons 147 hommes et 147 femmes; six fois l'indication du sexe a été omise.

LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

Le *tempérament* n'a qu'une influence minime. Devergie [1] concluait de ses statistiques que l'eczéma était plus fréquent chez les sujets lymphatiques ; d'autres ont incriminé le tempérament nerveux : il faut dire que nous n'attachons plus à ce que les anciens appelaient le tempérament la même importance qu'autrefois.

Les diverses modifications apportées à l'organisation de la femme par la *menstruation* [2], la *grossesse*, la *lactation* et la *ménopause* jouent un rôle considérable dans la production ou dans l'évolution de l'eczéma.

L'établissement des règles pourrait d'après certains auteurs faire disparaître un eczéma datant de l'enfance. Devergie le nie formellement [3], avec raison, selon nous. Au contraire, il n'est pas rare de voir, sous l'influence du trouble général déterminé par l'approche de la première menstruation, naître un eczéma ou toute autre maladie de la peau.

La grossesse est une nouvelle cause d'eczéma ; mais la dermatose se trouve alors presque toujours localisée aux parties génitales, au bas-ventre, à la partie supérieure des cuisses et aux seins. C'est également aux seins et spécialement au pourtour du mamelon que siège l'eczéma provoqué par l'allaitement.

L'influence de l'aménorrhée, de la dysménorrhée, de la suppression brusque des règles et surtout de la *ménopause* et de l'*âge critique* sur le développement de certains eczémas, est admise avec raison par tous les dermatologistes. — Devergie, qui admet un âge critique pour l'homme comme pour la femme [4], cite surtout l'eczéma des oreilles et du cuir chevelu, l'eczéma de la vulve ou des bourses et celui de l'anus, parmi les variétés qu'on voit naître spécialement à cette période de la vie.

On a reconnu aussi que la suppression d'un flux sanguin hémorroïdaire pouvait devenir une cause d'eczéma, au même titre que la cessation de l'écoulement menstruel.

IV. Causes diététiques et pathogénétiques (*aliments, boissons, alcoolisme, médicaments*). — Les aliments et les boissons ne peuvent agir sur

1. Voy. Devergie. *Traité pratique des maladies de la peau*, p. 244, 248.
2. Voy. H. Daulos. *Influence de la menstruation sur les maladies cutanées*. Thèse de Paris, 1874.
3. Voy. Devergie, *loc. cit.*, 2e édit., p. 246.
4. Voy. Devergie, *loc. cit.*, pages 24 et 25, page 214. Devergie place l'âge critique de la femme de quarante à quarante-cinq ans et celui de l'homme de quarante-cinq à cinquante-cinq ans.

la production de l'eczéma que comme *causes déterminantes*, chez des individus prédisposés; il en est de même de l'alcoolisme [1]. Nous croyons superflu d'insister sur l'énumération des aliments et des boissons qu'on accuse, avec raison, de favoriser le développement de l'eczéma, et qui sont les mêmes pour cette maladie que pour la plupart des autres affections cutanées (épices, poissons de mer, coquillages, crustacés, café, spiritueux, etc.).

Certaines *substances médicamenteuses* introduites dans l'économie peuvent déterminer des éruptions eczémateuses, dites *provoquées indirectes* ou *pathogénétiques* (Bazin). Mais l'action de tous ces médicaments est subordonnée à l'idiosyncrasie et à la réceptivité spéciale de chaque individu. Il suffit quelquefois des plus petites doses pour produire des accidents éruptifs; ces accidents, le plus souvent, cèdent rapidement avec la suppression du médicament; mais parfois aussi, chez les individus prédisposés, ils persistent sous la forme d'une affection constitutionnelle, pour laquelle l'absorption du médicament a joué le rôle de cause déterminante [2].

Les principales substances dont l'ingestion a été suivie dans quelques cas d'eczéma pathogénétique ou d'*éruptions vésiculeuses ressemblant à l'eczéma* sont :

Le *bromure de potassium* (un cas d'eczéma des jambes cité par Aug. Voisin [3]);

L'*iodure de potassium* et les iodures alcalins (16 cas recueillis par Fischer [4]);

Le *cubèbe* (une observation de Rayer, dans laquelle l'éruption ressemblait à l'eczéma rubrum [5], et une autre de Bérenguier [6] recueillie dans le service de Marotte);

Les *préparations arsenicales* (Imbert-Gourbeyre [7]) et surtout les *préparations mercurielles*.

1. Voy. Alexandre Renaut, thèse de Paris, 1874.
2. Voy., pour plus de détails, Deschamps, *Contribution à l'étude des éruptions médicamenteuses*, thèse de Paris, 1878.
3. Voy. Aug. Voisin, *Des éruptions produites par le bromure de potassium* (*Annales médico-psychologiques*, 1860).
4. Voy. Fischer, *De l'exanthème produit par l'iode* (*Union médicale*, 31 janvier 1860).
5. Voy. Rayer, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 2e édit., t. I, page 498.
6. Voy. Bérenguier, *Des éruptions provoquées par l'ingestion des médicaments*, thèse de Paris, 1874.
7. Voy. Imbert-Goubeyre, *Histoire des éruptions arsenicales* (*Moniteur des hôpitaux*, novembre 1857).

L'*eczéma mercuriel* ou *hydrargyrie* succède à l'administration intérieure ou extérieure du mercure (Rayer). Cette éruption, extrêmement rare en France, plus fréquente en Angleterre, s'il faut en croire les auteurs anglais, *Moriarty* [1], *John Pearson* [2], *Thomas Spens* [3], *Alley* [4], etc., a été bien décrite par *Alley*, par *Rayer* [5] et par *Bazin* [6].

Malgré la rareté des cas observés, « il est incontestable, dit Rayer, que cet eczéma pathogénétique est produit par l'administration du mercure; que la simple suspension des préparations mercurielles arrête souvent ses progrès; que leur usage aggrave ses symptômes et qu'il peut être reproduit par la reprise trop prompte de ces préparations. Il semble donc qu'une prédisposition de la peau ou de la constitution ou que d'autres conditions peu connues sont nécessaires à la production de cette maladie [7]. »

Nous reviendrons d'ailleurs sur la description symptomatique de l'eczéma mercuriel, dans le chapitre consacré aux *variétés de l'eczéma*.

V. Causes cosmiques (*saisons, climats*). — Les saisons semblent avoir une certaine influence déterminante sur l'apparition de l'eczéma ; mais cette influence a été diversement appréciée. Quelques auteurs pensent que la grande chaleur est une condition favorable au développement de cette dermatose. D'après Devergie, le froid agirait au moins autant que la chaleur, de sorte que la plupart des eczémas débuteraient en été ou en hiver; sur un total de 384 cas, Devergie a trouvé 169 cas en hiver, 127 cas en été, 60 cas au printemps et 28 en automne [8]. En nous en rapportant à nos observations personnelles nous sommes portés à croire que les poussées eczémateuses atteignent leur plus grande fréquence en hiver; en seconde ligne, il faut placer le printemps, et en troisième les fortes chaleurs de l'été.

L'eczéma se rencontre à peu près dans tous les *climats*; cependant les recherches statistiques de Lombard (de Genève) montrent que cette

1. Voy. Moriarty, *Description of the mercuriale Lepra* (Dublin, 1804).
2. Voy. la thèse déjà citée de Deschamps, p. 46.
3. Voy. Thomas Spens, *On erythema mercuriale* (*Edimbourg med. and surgical journal*, 1805).
4. Voy. Alley, *Obs. on a peculiar eruptive diseases arising from the exhibition of the mercury* (Dublin, 1804) et *Observ. on the hydrargyria or that vesicular disease arising form the exihibition of the mercury* (London, 1810).
5. Voy. Rayer, 2e édit., p. 439.
6. Voy. Bazin, *Leçons sur les affect. cut. artificielles*.
7. Voy. Rayer, *loc. cit.*, p. 446.
8. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 249.

affection est plus fréquente dans les climats tempérés que dans les pays chauds ou très froids. Lombard donne les chiffres comparatifs suivants : 6mmes,6 pour l'Angleterre, 9mmes,2 pour les Antilles, 5mmes,3 pour le Canada, et 4mmes seulement pour les Indes orientales. Peut-être faut-il chercher la cause de ces différences dans l'alimentation, dans les habitudes et dans le genre de vie propre aux différents climats ? La statistique de Lombard ne nous fournit aucun renseignement à cet égard.

L'état hygrométrique de l'athmosphère ne joue qu'un rôle insignifiant dans le développement de l'eczéma; il en est de même, s'il faut en croire Devergie, de l'humidité des habitations [1]. Mais les grands courants d'air, les vents frais et humides, surtout ceux qui soufflent sur les bords de la mer et qui sont chargés d'émanations salines, ne sont pas sans influence sur la production de l'eczéma du visage.

VI. Causes externes (*irritants directs*). — La *gale* est sans contredit la cause la plus fréquente de l'eczéma artificiel; les autres parasites, les poux principalement, donnent lieu plus souvent au prurigo qu'à l'eczéma.

Parmi les autres causes de l'eczéma artificiel, il faut citer principalement l'action prolongée du calorique rayonnant, que ce soit la chaleur du soleil ou celle du feu, le frottement continu des vêtements de laine à la surface de la peau, et surtout les irritations cutanées multiples, mécaniques ou chimiques, auxquelles sont exposés les ouvriers de certaines professions.

Ces *eczémas professionnels* sont observés assez fréquemment chez les épiciers (gale des épiciers), chez les menuisiers ou les ébénistes, chez les maçons, chez les teinturiers, chez les forgerons et chez les mineurs, chez les ouvriers des fabriques de produits chimiques [2] et, d'une manière générale, chez tous ceux qui manient habituellement ou accidentellement des substances irritantes.

Anatomie pathologique.

Nous ne mentionnons que pour mémoire les opinions des anciens auteurs sur les lésions anatomiques de l'eczéma. On a tour à tour

1. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 248.
2. Notamment chez les ouvriers employés à la fabrication du sulfate de quinine (voy. ci-dessus, p. 84, la description de l'*eczéma quinique*).

placé le siège primitif de l'inflammation dans la couche superficielle du derme, dans le corps muqueux de Malpighi, dans les follicules sébacés et dans les conduits sudoripares. *Dauvergne*, élève d'*Alibert*, faisait macérer des lambeaux de peau eczémateuse, et avec l'aide de la loupe il découvrait au-dessous des écailles épidermiques, à la surface du derme, un exsudat albumineux ou pseudomembraneux (?) ; il trouvait, de plus, que le derme lui-même était injecté, surtout à sa face externe [1]. *Gendrin* pensait que le siège primitif de la dartre (ou de l'eczéma) était dans « le réseau muqueux de Malpighi » et principalement dans les follicules sébacés. *Biett*, au contraire, rejetait l'idée de localiser dans les follicules sébacés la phlegmasie qui constitue l'eczéma ; « la maladie paraît consister, dit-il, dans l'inflammation de la couche superficielle du derme, désignée sous le nom de membrane vasculaire de Eichhorn, et qui, selon toutes les probabilités, a pour fonction spéciale la sécrétion de l'épiderme. Au début, soulèvement d'une foule de points de la cuticule, épanchement d'un liquide transparent. Si l'inflammation s'étend, elle forme le plus souvent une surface continue : alors sécrétion épidermique plus active ; les squames se succèdent sans cesse, offrant des formes diverses, diminuant au déclin de l'inflammation, l'épiderme ne prenant une consistance solide que lorsque les dernières traces de l'inflammation se sont dissipées, que lorsque le derme a repris son état normal [2]. » Biett ajoute que, si les follicules étaient enflammés, il y aurait des pustules, et la phlegmasie, au lieu de former de larges plaques continues, occuperait des points disséminés, comme dans l'acné. *Rayer* [3] enseignait, comme Gendrin, que les follicules cutanés étaient essentiellement et primitivement affectés dans l'eczéma ; mais les autres éléments de la peau, d'après le même auteur, pouvaient être atteints secondairement : l'épiderme, réduit à l'état de squames ou de poussière farineuse, les papilles, toute l'épaisseur du derme et même le tissu cellulaire sous-cutané. *Cazenave* enfin regardait l'eczéma comme une maladie de l'appareil sudoripare et plaçait le siège des vésicules à l'extrémité des conduits sudorifères enflammés.

On voit que les descriptions anatomiques des anciens auteurs étaient

1. Voy. Dauvergne, *Histoire de l'inflammation dartreuse*, thèse de Paris, 1833, n° 354, page 8.
2. Voy. Biett, *Dictionnaire de médecine, en 25 vol.*, art. Eczéma, p. 186.
3. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, 398, 399.

aussi hypothétiques les unes que les autres. C'est qu'en effet, sans l'aide du microscope, les études de ce genre étaient absolument impossibles. L'anatomie pathologique de l'eczéma ne date que de l'époque actuelle. Les travaux les plus importants sur ce sujet sont dus à Gustave Simon [1], à Hébra [2], à Biesadecki [3], à Neumann [4], à Vulpian [5], à Rindfleisch [6], à J. Renaut [7], à Charpy [8], etc. C'est d'après les recherches de ces auteurs, auxquelles nous ajouterons le résultat de nos observations personnelles [9], que nous allons décrire brièvement les lésions anatomo-pathologiques de l'eczéma.

Lésions du derme. — L'eczéma est essentiellement une *inflammation de la peau;* c'est donc dans les vaisseaux du derme, et particulièrement dans ceux du corps papillaire, qu'il faut chercher la lésion originelle de cette affection cutanée, comme celle de toutes les dermatoses inflammatoires.

L'examen microscopique montre, en effet, surtout dans la forme aiguë, que les vaisseaux superficiels du derme et ceux des papilles sont congestionnés et pleins de globules sanguins accumulés Cette hyperémie explique la rougeur de la peau ; sa persistance peut expliquer aussi l'exsudation séreuse abondante et prolongée qui est un des phénomènes caractéristiques de l'eczéma.

Le derme présente encore une autre altération. Les papilles et la portion dermique sous-jacente sont infiltrées d'éléments embryonnaires, noyaux et cellules du tissu conjonctif, proliférés ou de nouvelle formation (voy. fig. 20, 21, 22). Cette hyperplasie est plus ou moins avancée suivant l'ancienneté de l'éruption; dans l'eczéma aigu, on observe surtout des noyaux embryoplastiques et quelques corps fibroplastiques; mais, à mesure que l'eczéma vieillit, les cellules fibroplastiques se multiplient et prédominent, et, quand l'inflammation a duré assez longtemps, les éléments hyperplasiés peuvent, en suivant

1. Voy. Gustave Simon, *Hautkrankheiten*, 1848.
2. Voy. *Traité des mal. de la peau*, trad. Doyon, t. I, pages 13 et 538.
3. Voy. Biesadecki, *Sitzungsberichte der K. Akademie*, Wien, LVI, 1858, et LVII, 1868.
4. Voy. Neumann, *Handbuch für Hautkrankheiten*, 1868.
5. Voy. Vulpian, *Comptes-rendus de l'Acad. de médecine*, 1871.
6. Voy. Rindfleisch, *Histologie patholog.*, trad. Gross, p. 296.
7. Voy. J. Renaut, *Histologie pathol.* de Cornil et Ranvier, p. 1196.
8. Voy. Charpy, *Ann. de derm.*. 3e année, n° 2, p. 97 et suivantes.
9. Voy. Ernest Gaucher, *Anatomie pathol. de l'eczéma (Annales de dermatologie*, avril 1881).

leur évolution complète, passer à l'état de fibres lamineuses : fait très important à connaître, car il montre comment se produisent l'épaississement et l'induration de la peau dans les vieux eczémas chroniques.

On comprend facilement aussi que les papilles augmentent de volume, surtout dans le sens de leur longueur, grâce à l'infiltration embryonnaire qui les gonfle et les distend, et, dans les cas où les noyaux embryoplastiques passent à l'état de corps fibro-plastiques et de tissu conjonctif adulte, cette hypertrophie papillaire devient l'origine des productions papillomateuses qu'on observe à la suite de certains eczémas invétérés, particulièrement aux membres inférieurs.

Fig. 20. — Eczéma aigu. — Prolifération embryonnaire du derme. — Transformation vésiculeuse des cellules du corps muqueux. — Premier degré d'altération de l'épiderme.

Cette figure et les trois suivantes sont empruntées aux *Annales de dermatologie* (Avril 1881).

Lésions de l'Épiderme. — Ce qui frappe tout d'abord, quand on examine au microscope des coupes de peau eczémateuse, c'est un aspect particulier du corps muqueux de Malpighi, qui semble parsemé de vésicules brillantes, assez régulièrement sphériques ou légèrement ovoïdes (voy. fig. 20 et 21) ; ce sont des cellules épidermiques qui ont subi la *transformation vésiculeuse*, avec disparition complète du noyau (Vulpian, J. Renaut, E. Gaucher). Cette dégénérescence cellulaire n'est, d'ailleurs, pas spéciale à l'eczéma ; on l'observe dans un grand nombre d'affections cutanées, dans les érythèmes [1], dans les exanthèmes aigus, notamment dans la scarlatine, etc. ; elle est caractéristique de toutes les

1. Voy. ci-dessus, p. 69 et 245.

lésions inflammatoires et dégénératives de l'épiderme. Quoi qu'il en soit, ces cellules vésiculeuses, en nombre variable suivant les cas, sont un peu plus volumineuses que les cellules malpighiennes normales : elles représentent le premier degré d'altération du corps muqueux.

Le second degré, qui aboutit à la formation de la vésicule, s'observe dans un certain nombre de colonnes interpapillaires, dont les cellules centrales ont subi une dégénération plus avancée. Ces cellules sont, pour la plupart, complètement détruites, et le centre de la colonne interpapillaire est alors représenté par une sorte de réticulum fin, irrégulier, n'ayant plus d'apparence cellulaire, dont les mailles renferment quelques leucocytes et des granulations, et dont les travées sont formées

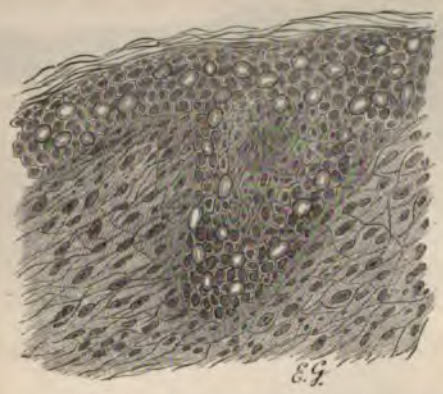

Fig. 21. — Eczéma aigu. — Destruction complète des cellules centrales d'une colonne interpapillaire. — Deuxième degré d'altération de l'épiderme; formation de la vésicule eczémateuse.

par les débris des cellules ouvertes les unes dans les autres (voy. fig. 21). C'est aussi dans les mailles de ce réticulum que se trouve renfermée la sérosité dont l'accumulation donne lieu à la vésicule. Sur les pièces d'autopsie, le liquide a disparu ; mais quand on examine, comme l'a fait Hébra, les vésicules artificielles produites par l'application de l'huile de croton sur la peau, on voit que la cavité anfractueuse qui constitue la vésicule est remplie par une sérosité tantôt parfaitement claire, tantôt plus ou moins opalescente, suivant la quantité de leucocytes qu'elle contient. Le foyer central d'altération des colonnes interpapillaires peut donc être considéré comme le point de départ de la formation des vésicules eczémateuses, qui siègent, en effet, ainsi que l'a montré Vulpian, dans le corps muqueux lui-même et non-au dessous

de la couche cornée, comme on le croyait jadis. Il faut reconnaître aussi que cette double altération de l'épiderme, dégénérescence vésiculeuse, puis rupture et destruction des cellules malpighiennes, est sans doute la cause de la desquamation incessante et si longtemps prolongée qui suit l'éruption vésiculeuse de l'eczéma.

Au niveau des points où l'altération des cellules malpighiennes doit amener la formation d'une vésicule, les couches superficielles de l'épiderme subissent une modification importante, qu'on n'observe pas seulement dans l'eczéma, mais aussi dans un certain nombre d'autres affections cutanées, vésiculeuses ou squameuses, telles que, par exemple, le psoriasis et la dermatite exfoliatrice. Cette modification de

Fig. 22. — Eczéma aigu. — Décollement en masse de l'épiderme.

l'épiderme consiste dans la disparition complète de *stratum granulosum* et du *stratum lucidum* et dans l'apparition de noyaux dans les cellules de la couche cornée. Ce trouble de la kératinisation épidermique a été signalé particulièrement par *Buchanan Baxter* [1], par *Vidal* et *Brocq* [2], par *Leloir* [3] et par *Suchard* [4].

La peau eczémateuse présente enfin une autre lésion qui a été décrite pour la première fois par l'un de nous [5] et que *Chambard* [6] a observée également : c'est le *décollement en masse de l'épiderme*, qui se trouve par places complètement séparé du corps papillaire (voy. fig. 22).

1. Voy. in *British medical journal*, nov. 1879.
2. Voy. *Comptes-rendus de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 24 mars 1882.
3. Voy. *Bull. de la Société de biologie*, séance du 11 mars 1882.
4. Voy. *Archives de physiologie*, 1882 : De la disparition du stratum granulosum de l'épiderme dans quelques maladies de la peau.
5. Voy. E. Gaucher, *loc. cit.*
6. Voy. E. Chambard, *Revue critique* in *Annales de dermatologie*, avril 1882.

On sait quelle est habituellement l'adhérence de la couche basilaire de l'épiderme avec les papilles; l'union intime du derme et de l'épiderme est assurée par la présence d'une mince lame de substance amorphe ou basement-membrane, interposée entre les cellules basilaires et la couche papillaire, et qui n'est autre chose que la condensation de la matière amorphe qui existe normalement dans les papilles [1]. Cette adhérence du derme et de l'épiderme est telle qu'elle subsiste dans la plupart des affections cutanées, et même au-dessous des pustules varioliques. Dans l'eczéma, au contraire, la disjonction des papilles et de la couche basilaire s'opère avec la plus grande facilité; il est donc vraisemblable d'admettre qu'il existe dans cette maladie, au niveau de la basement-membrane, une altération pathologique spéciale dont nous ne connaissons pas la nature, mais à laquelle il faut attribuer la désunion partielle du corps papillaire et de l'épiderme.

Eczéma des muqueuses. — On sait que l'eczéma de la peau peut se propager aux muqueuses dermo-papillaires [2]. Quelquefois même,

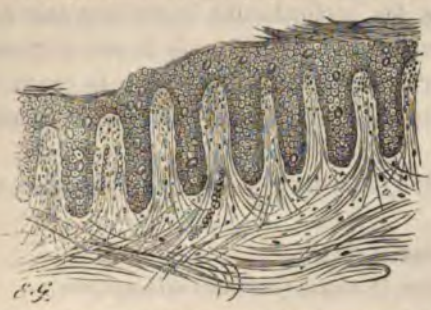

Fig. 23. — Eczéma de la langue. — Transformation vésiculeuse des cellules épidermiques. — Congestion vasculaire. — Prolifération conjonctive. — On voit, à gauche, une exulcération.

l'éruption se localise primitivement sur l'une ou l'autre de ces muqueuses (langue, bouche, col utérin, vagin, vulve, gland, anus), indépendamment de toute manifestation cutanée. Or les lésions que l'on constate sur les muqueuses affectées d'eczéma sont absolument les mêmes que celles que nous avons décrites dans l'eczéma de la peau : la *congestion vasculaire*, l'*infiltration embryonnaire des papilles*, et la *transformation vésiculeuse des cellules malpighiennes*. Mais, en raison de la fragilité du revêtement épithélial, on observe

1. Voy. ci-dessus, notre chapitre d'*Anatomie normale*, p. 11.
2. Voy. ci-dessus l'*Anatomie normale*, p. 1 et 2.

de plus, à la surface des muqueuses, des altérations qui n'existent que rarement sur l'épiderme : ce sont des *exulcérations*, des érosions superficielles de l'épithélium, qui comprennent quelquefois non seulement la couche cornée, mais aussi une portion du corps muqueux (voy. fig. 23) [1].

En dehors des altérations de la peau et des muqueuses, on ne trouve aucune lésion importante à l'autopsie des eczémateux. Chez ceux qui succombent à un eczéma aigu généralisé, on observe seulement une *congestion intense et générale de tous les viscères* (foie, rate, reins, poumons), comparable à celle qu'on rencontre à la suite des brûlures très étendues des téguments.

Variétés de l'eczéma.

L'eczéma, outre les caractères généraux que nous avons précédemment décrits, présente des particularités dépendant soit de la forme et de l'aspect que l'éruption peut revêtir, soit de son siège sur les différentes régions de la surface cutanée, soit enfin de la cause qui lui a donné naissance. On peut donc classer en trois grands groupes les variétés de l'eczéma :

1° Variétés selon la forme et l'aspect de l'éruption, variétés *morphologiques;*

2° Variétés selon le siège;

3° Variétés selon la cause (*variétés étiologiques*).

I. Variétés morphologiques [2].

a. **Eczéma nummulaire.** — Cette forme, décrite pour la première fois par Devergie, admise par Bazin [3], qui la rattachait exclusivement à l'arthritisme, est caractérisée par des plaques arrondies, sèches ou peu suintantes, du diamètre d'une pièce de cinq francs environ. Ces plaques

1. Voy. E. Gaucher, *loc. cit.* Nos recherches ont porté sur l'eczéma de la langue.

2. Devergie décrit, sous le nom d'*eczéma amorphe*, l'eczéma vulgaire, sans forme déterminée, aussi variable d'étendue que de siège. Mais, comme cet eczéma est précisément caractérisé par l'absence de toute particularité, nous ne pensons pas qu'on doive le considérer comme une variété spéciale. (V. Devergie, *loc. cit.*, p. 237, 238.)

3. Voy. Bazin. *Affections génériques de la peau*, p. 178.

siègent sur le tronc ou sur les membres, principalement sur les membres supérieurs; « elles n'ont aucun bourrelet, ce qui les distingue de l'herpès; leur circonférence est amincie et se perd avec le reste de la peau, comme dans l'eczéma ordinaire » (Devergie). L'eczéma nummulaire est une affection chronique très tenace, qui exige en général plusieurs mois de traitement pour sa guérison.

b. **Eczéma unisquamosum** (Liévain, Devergie). — C'est une variété très rare, qui siège à la racine du nez, entre les deux sourcils, et dans laquelle l'éruption n'occupe pas plus d'un centimètre carré. Une seule croûte recouvre cette petite plaque eczémateuse; une seule squame lui succède, tombe, est remplacée par une autre, et ainsi de suite pendant un temps quelquefois assez long.

c. **Eczéma fendillé** (Devergie, Hardy). — Cette forme se montre d'emblée ou succède à l'eczéma simple; parfois elle est associée à l'éruption vésiculeuse ordinaire de l'eczéma, mais souvent aussi elle est isolée, et, dans ce cas, on ne trouve aucune trace de vésicule : c'est ce qui a fait dire à Hardy que l'eczéma fendillé venait donner un démenti à la classification anatomique des maladies de la peau [1].

Cette variété, qui présente en effet un cachet tout particulier, siège principalement aux jambes; on l'observe plus rarement aux cuisses et aux avant-bras (Devergie), ou bien encore aux aisselles et dans les régions où la peau présente un grand nombre de plis, comme au pourtour des orifices naturels, aux lèvres et à la marge de l'anus (Hardy). « Dans cette dernière région, l'eczéma fendillé détermine des démangeaisons atroces et des douleurs assez vives au moment des garde-robes. Il se présente là sous la forme de gerçures qu'il faut bien se garder de confondre avec la fissure chirurgicale [2]. »

L'eczéma fendillé diffère notablement au point de vue morphologique de l'eczéma ordinaire. Ainsi que son nom l'indique, il est constitué par des fentes ou des fissures longues et étroites, creusées dans l'épaisseur de l'épiderme. Ces fissures, plus ou moins profondes, s'étendent en zigzag à la surface des téguments et « *tracent* sur les membres comme les racines dans la terre » (Devergie) [3]. Elles se coupent irrégulièrement et s'entrecroisent dans tous les sens, en circonscrivant des espaces de peau saine, et elles donnent issue à une sérosité poisseuse

1. Voy. Hardy. *Leçons sur les maladies de la peau*, 1re partie, p. 46.
2. Voy. Hardy, *loc. cit.*, p. 47.
3. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 239.

FORMES COMPOSÉES [1].

e. **Eczéma impétigineux.** (Willan, Rayer [2], Gibert [3], Cazenave et Schedel [4], Devergie [5] [*scrofulide bénigne exsudative* de Bazin [6]]). — Cette forme mixte, qui est très fréquente, participe à la fois des caractères de l'eczéma simple et de ceux de l'impétigo. On l'observe presque exclusivement chez les jeunes sujets scrofuleux ou lymphatiques. Elle est constituée soit par la transformation pustuleuse rapide d'une éruption primitivement vésiculeuse (Biett, Cazenave et Schedel), soit par l'adjonction de véritables pustules d'impétigo aux vésicules de l'eczéma (Devergie). L'eczéma impétigineux est généralement plus étendu et plus disséminé que l'eczéma simple; il occasionne moins de démangeaisons, mais plus de suintement, et ce suintement n'est pas simplement séreux et gommeux; il est séro-purulent. La lésion cutanée est aussi plus profonde dans l'eczéma impétigineux, et les exulcérations consécutives sont plus fréquentes. Les croûtes, qui résultent de la concrétion de la sérosité purulente, sont d'un *gris jaunâtre*, différentes de celles de l'impétigo, qui sont franchement jaunes, et de celles de l'eczéma simple, qui sont grisâtres.

L'eczéma impétigineux a plus de tendance à guérir que les autres formes de l'eczéma; par ce caractère, il se rapproche beaucoup de l'impétigo. Mais, quand il n'est pas soigné, il passe facilement à l'état chronique, spécialement sur le cuir chevelu, chez les jeunes enfants [7]; il peut alors, au bout d'un certain temps de durée, déterminer la chute des cheveux et même, en atrophiant les bulbes pileux, laisser à sa suite quelques plaques d'alopécie définitive.

f. **Eczéma lichénoïde** (Devergie). — Cette forme, que nous avons

1. Devergie, qui a multiplié beaucoup les formes de l'eczéma, admet un *eczéma herpétiforme* (ou herpès eczémateux). Mais les caractères différentiels attribués à cette forme par Devergie ne sont pas suffisamment caractéristiques; nous croyons que, sous le nom d'eczéma herpétiforme, cet auteur a confondu quelques cas d'eczéma nummulaire et certains groupes d'herpès à vésicules petites et confluentes.

2. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 382.

3. Voy. Gibert, *Traité des mal. spéciales de la peau*, p. 168, Paris, 1839.

4. Voy. Cazenave et Schedel, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, p. 76. 2e éd.

5. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 264.

6. Voy. Bazin, *Traité de la scrofule* et *Affections génériques de la peau*.

7. L'eczéma impétigineux constitue en effet une des variétés de *croûtes de lait*.

déjà indiquée dans la description générale de l'eczéma chronique [1], est constituée par un mélange de vésicules et de papules.

Si l'on considère le processus histologique de la vésiculation [2], on voit que toutes les vésicules débutent par des papules, c'est-à-dire par la congestion, le gonflement et l'infiltration des papilles; c'est seulement lorsque l'exsudation séreuse, dépassant les limites du derme, se répand dans le corps muqueux de Malpighi, que la vésicule se forme. — Or, dans l'eczéma lichénoïde, il semble que la plupart des vésicules s'arrêtent dans leur développement à l'état papuleux : c'est ce qui donne à l'éruption son caractère particulier.

L'eczéma lichénoïde occupe généralement la partie externe des membres [3] et affecte la disposition de plaques irrégulièrement arrondies; ces plaques sont un peu suintantes au début de la maladie, mais elles ne tardent pas à devenir presque complètement sèches.

La peau est rugueuse, papuleuse; le derme est induré et épaissi; les croûtes sont plus sèches, plus petites et plus minces que celles de l'eczéma simple.

g. **Eczéma psoriasiforme** (Devergie). — Cette variété, qui a été aussi dénommée *psoriasis eczémateux* [4], siège aux jambes et aux avant-bras. Elle est constituée par des plaques psoriasiques de dimensions variables, recouvertes de lamelles épidermiques blanchâtres, mais qui sont moins nettement délimitées que celles du psoriasis simple et qui en diffèrent surtout par le *suintement* et les *démangeaisons*. — C'est une affection essentiellement chronique, dont l'évolution est coupée de temps en temps par des phases aiguës, pendant lesquelles le suintement et les démangeaisons augmentent encore; ces démangeaisons provoquent le grattage, qui peut déterminer, comme lésion secondaire, à la suite de l'enlèvement des squames, le fendillement et l'exulcération des surfaces malades, phénomène qu'on n'observe jamais dans le psoriasis vrai.

II. — Variétés selon le siège.

D'après nos observations, la tête est, de toutes les parties du corps, celle qui doit être considérée comme le siège de prédilection de l'ec-

1. Voy. ci-dessus, page 343.
2. Voy. ci-dessus, pages 78, 90 et 100.
3. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 401.
4. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 472.

zéma; viennent ensuite, par ordre de fréquence, les membres supérieurs et les membres inférieurs.

Une statistique provenant du service d'Hillairet, à l'hôpital Saint-Louis, et portant sur 300 observations, nous a donné les chiffres suivants, qui, additionnés, forment un total bien supérieur à 300, à cause des cas assez nombreux dans lesquels l'eczéma, sans être généralisé, s'est montré à la fois sur plusieurs points de la surface cutanée, car nous avons dû, dans ces cas complexes, faire entrer l'éruption en ligne de compte à chacune des régions.

Statistique de l'eczéma considéré d'après son siège.

Tête.

Cuir chevelu		48
Front		6
Paupières		3
Sourcils		2
Face :	joues	32
	lèvres (7)	
	nez (8)	
	menton	
Oreilles et sillon post-auriculaire		26
Cou		8
Nuque (seule)		2
		147

Membre supérieur.

Bras, avant-bras et poignets		36
Mains :	face dorsale	56
	face palmaire	5
Doigts :	face dorsale	13
	face palmaire	4
Espaces interdigitaux		1
Ongles		6
		121

Membre inférieur.

Cuisses		20
Jambes		63
Pieds	face dorsale	14
	face plantaire	5
Espaces interdigitaux		2
Ongles		3
		107

Tronc.

Partie antérieure :	seins	11
	régions costales	4
	généralisé à toute la poitrine	1
Partie postérieure		7
Aisselles		3
	A reporter..	26

	Report....	26
Abdomen seul		1
Ombilic seul		1
Fesses		1
Parties génitales :	scrotum	10
	pénis	5
	grandes lèvres	2
Périnée		1
Anus		2
		49
Eczéma généralisé		41

L'eczéma présente, suivant les régions sur lesquelles il siège, des particularités importantes; nous indiquerons seulement les caractères propres aux principales variétés.

Eczéma du cuir chevelu (eczéma capitis) [*teigne muqueuse* d'Alibert, *porrigo larvalis* de Willan]. — On peut observer sur le cuir chevelu trois variétes d'eczéma : 1° l'eczéma suintant ordinaire, 2° l'eczéma impétigineux, 3° l'eczéma sec.

L'*eczéma suintant* (eczéma simple) est particulièrement remarquable par ses démangeaisons et par sa sécrétion très abondante, qui colle et agglutine les cheveux; il résulte le plus souvent de la propagation de l'eczéma du visage, et même, quand il semble isolé, on trouve toujours une ou deux plaques eczémateuses sur le front ou derrière les oreilles.

L'*eczéma impétigineux* (*achor mucifluus* d'Alibert) [1] est pour ainsi dire spécial aux jeunes enfants, chez lesquels il constitue une des variétés de la *gourme* [2].

Il se distingue de l'impétigo proprement dit, parce que sa sécrétion n'est pas franchement purulente; c'est un mélange de pus et de sérosité.

L'*eczéma sec* (*teigne furfuracée* d'Alibert) est parfois la terminaison de l'eczéma suintant ordinaire arrivé à la période pityriasique; mais il peut s'établir d'emblée. Les vésicules, dans cette forme, sont éphémères, très peu apparentes; leur liquide se résorbe très rapidement; il n'y a pas de suintement, mais seulement une desquamation très abondante.

Cette forme sèche de l'eczéma du cuir chevelu est facilement confondue avec le pityriasis, le psoriasis ou même la teigne tonsurante.

1. Voy. Alibert, *Monographie des dermatoses*, p. 279.
2. Les deux autres variétés de *gourme* sont l'acné sébacée fluente et l'impétigo (V. Devergie, *loc. cit.*, p. 241).

Nous avons déjà indiqué précédemment les caractères qui distinguent l'*eczéma capitis* du pityriasis et du psoriasis [1] : les squames du pityriasis sont plus fines, plus sèches et beaucoup moins adhérentes que celles de l'eczéma; celles du psoriasis sont aussi plus sèches, mais au contraire, plus épaisses, stratifiées et d'un aspect chatoyant.

La *teigne tondante* est disposée par plaques arrondies, grisâtres et rugueuses, sur lesquelles les cheveux sont cassés ou cassants et où la desquamation épidermique n'a jamais la même importance que dans l'eczéma. Enfin, dans les cas les plus difficiles, l'examen microscopique montrera l'existence du parasite (trichophyton tonsurans).

Eczéma de la barbe *(eczéma pilare)*. — Cette variété, qui est toujours très rebelle, présente deux formes : l'eczéma simple et l'eczéma sycosiforme.

1° L'*eczéma pilaire simple* est caractérisé par une rougeur assez vive, un suintement très léger, quelquefois presque nul, et une desquamation très abondante. Cette forme peut être confondue avec le *pityriasis alba parasitaire;* mais, ainsi que le fait très justement remarquer Lailler [2], cette dernière affection a une forme circinée, des contours nettement dessinés et s'étend excentriquement, comme toutes les affections parasitaires; la peau est moins rouge que dans l'eczéma; quand il y a engainement du poil, celui-ci est comme enduit par une couche blanchâtre, d'aspect pulvérulent, bien différente de la fine collerette lamelleuse qui entoure la base du poil dans l'eczéma pilaire.

2° L'*eczéma sycosiforme* (*sycosis arthritique de quelques auteurs*) est constitué par une éruption de vésico-pustules qui siègent spécialement autour de la base des poils; les croûtes qui succèdent à ces vésico-pustules sont jaunes ou grisâtres et agglutinent les poils entre eux. Au-dessous d'elles, on trouve la peau rouge et lisse, comme dans l'eczéma ordinaire. L'extraction des poils est douloureuse; ceux-ci conservent leur rectitude normale, leur surface lisse et onctueuse : ce sont ces caractères qui distinguent l'eczéma sycosiforme du *sycosis parasitaire*. Dans le sycosis, les poils s'arrachent facilement; ils sont courts, cassés, inégaux, plus gros qu'à l'état normal, secs, spiroïdes ou bifides. Les squames qui entourent ces poils renferment des spores de *trichophy-*

1. Voy. ci-dessus le diagnostic de l'eczéma en général ; on y trouvera également le diagnostic de l'*eczema capitis* avec la *séborrhée*.

2. Voy. Lailler, *Leçons sur quelques affections cutanées*, recueillies par Cuffer,

ton tonsurans, qu'il est facile de reconnaître par l'examen microscopique. — En outre, l'eczéma est une affection plus superficielle que le sycosis parasitaire. Les croûtes sont rares dans le sycosis, mais la peau est raboteuse et présente des papules, des tubercules, des nodosités dermiques et sous-cutanées plus ou moins volumineuses, qu'on n'observe jamais dans l'eczéma.

L'*eczema pilare*, sous ses deux formes, peut siéger dans la région des *sourcils*, avec les mêmes caractères que dans la barbe.

Eczéma des paupières. — Il peut siéger à la fois ou isolément sur la face externe et sur la face interne des paupières (*blépharo-conjonctivite*), sur leur bord libre (*blepharadénite*) et à la commissure palpébrale [1]. Il peut même envahir la région péri-orbitaire et constituer là un eczéma d'une ténacité extrême, lequel ne guérit que si le traitement est d'abord dirigé contre la lésion oculaire (E. Besnier) [2].

Les paupières sont rouges, douloureuses, tuméfiées et épaissies; au bout d'un certain temps, elles s'indurent, se rétractent et se renversent en dehors, de façon à former un ectropion. Les conjonctives palpébrales sont rouges, injectées, cuisantes; les points lacrymaux s'oblitèrent quelquefois, et l'écoulement des larmes au dehors entretient et perpétue l'eczéma. Les cils sont entourés par des vésico-pustules qui occupent l'orifice des follicules pileux. Le bord libre des paupières est rouge, gonflé, couvert de croûtes qui se renouvellent incessamment et d'une sécrétion muco-purulente qui colle les paupières l'une avec l'autre.

L'ensemble des lésions donne assez bien aux yeux malades l'aspect d'*yeux de lapin blanc*, suivant la comparaison de Hébra.

L'eczéma palpébral est toujours symétrique. Cette affection, très difficile à guérir, est ordinairement une manifestation scrofuleuse.

Eczéma des oreilles. — L'eczéma aigu des oreilles, déjà décrit par Lorry (*De auribus suppurantibus*) est particulièrement fréquent dans l'enfance et dans l'adolescence; il prend souvent la forme impétigineuse et donne lieu à un suintement assez abondant. Les oreilles sont rouges, chaudes et douloureuses; la tuméfaction est généralement très considérable, et le pavillon peut être doublé et même triplé de volume. Les ganglions lymphatiques voisins sont souvent enflammés.

1. C'est alors un *eczéma fissuraire*, semblable à celui des commissures des lèvres, qui sera décrit plus loin.
2. Voy. Notes à la traduction de Kaposi, t. I, p. 554.

L'eczéma chronique et sec n'est pas toujours borné au pavillon de l'oreille et à la peau qui l'entoure; il s'étend souvent au conduit auditif externe. Il est même quelquefois limité à cette région. Cette forme d'otite externe eczémateuse peut être facilement méconnue, si l'on ne trouve pas, sur un autre point quelconque de la surface cutanée, une plaque d'eczéma pour éclairer le diagnostic. Dans le conduit auditif, l'eczéma est remarquable par la desquamation abondante qu'il détermine; les détritus épidermiques s'accumulent au devant de la membrane du tympan, en même temps que l'inflammation chronique et la sclérose du derme produisent un rétrécissement permanent du calibre du conduit : il en résulte une surdité temporaire, qui peut devenir définitive si la maladie est mal soignée ou négligée pendant trop longtemps. Nous indiquerons plus loin le traitement applicable à cette variété d'eczéma [1].

Eczéma des lèvres (eczéma orbiculaire). — Cet eczéma est quelquefois isolé; dans d'autres cas, il résulte de l'extension d'une éruption eczémateuse de la face. L'eczéma localisé n'attaque souvent que le pourtour de l'orifice buccal, le bord des lèvres proprement dit. Il est sec et fendillé; les lèvres sont rétractées, couvertes de squames, de crevasses et de fissures rayonnées, saignantes et très douloureuses.

Cet eczéma *rayonné* et *fissurique* constitue le véritable eczéma orbiculaire; il occupe les deux lèvres. Mais E. Besnier décrit, de plus, deux autres formes d'eczéma produites par le coryza chronique et propres à la lèvre supérieure [2]. La première forme est l'*eczéma éléphantiasique*, observé chez les *jeunes sujets strumeux* et caractérisé par la tuméfaction dure et l'empâtement de la lèvre, dont la peau est rouge, humide, suintante ou croûteuse. La seconde forme est, comme la précédente, consécutive au coryza chronique, mais elle appartient à l'arthritisme. C'est un eczéma *impétigineux* ou *sycosiforme*, auquel E. Besnier, à cause de sa ténacité, donne le nom d'eczéma récidivant de la lèvre supérieure.

L'eczéma labial peut être confondu avec le lupus et avec la syphilis. Le lupus s'en distingue par ses traînées cicatricielles, sa teinte violacée, la profondeur de ses lésions et l'aspect de l'éruption sur les autres parties de la face, car l'affection est rarement limitée aux lèvres. Les

1. Voy. plus loin la thérapeutique de l'eczéma, p. 408.
2. Voy. notes à la traduction de Kaposi, t. I, p. 554.

syphilides labiales se localisent presque toujours sur les commissures, où elles revêtent la forme d'ulcérations fissuriques plus profondes et toujours beaucoup plus isolées que les fissures de l'eczéma, qui sont multiples en même temps que superficielles.

Eczéma des narines et des cavités nasales. — C'est un eczéma chronique, de *nature scrofuleuse*, comme l'eczéma éléphantiasique de la lèvre supérieure, qui n'est souvent qu'une dépendance et une propagation de l'eczéma du nez; l'un et l'autre sont la conséquence du coryza chronique. La muqueuse nasale est tuméfiée, et les narines sont remplies de croûtes jaunâtres qui se reproduisent incessamment et qui donnent lieu à un sentiment de gêne et de cuisson quelquefois assez pénible. Cet eczéma, ainsi que le remarque Kaposi [1], est fréquemment accompagné d'une lymphangite chronique qui envahit les lèvres et donne à la bouche l'aspect d'un museau. Quand, au contraire, il atteint la muqueuse nasale supérieure, il peut déterminer l'atrésie et le rétrécissement permanent du conduit avec toutes ses conséquences.

Eczéma de l'anus. — L'eczéma anal résulte souvent de l'extension d'un eczéma des parties génitales et du périnée, mais il peut exister seul. Il est parfois la conséquence de l'irritation entretenue par une diarrhée prolongée, quelle qu'en soit la cause; il dépend aussi, dans certains cas, de la présence d'hémorrhoïdes ou d'une fissure à l'anus; enfin il est souvent *primitif* et constitue alors une manifestation de l'arthritisme.

La région malade est rouge et tuméfiée; l'éruption s'accompagne d'un peu de suintement et de démangeaisons insupportables, d'une véritable sensation de brûlure, exaspérée par la chaleur du lit, par le frottement des fesses pendant la marche, par la transpiration et surtout par la défécation. Les douleurs deviennent alors tellement vives que les malades redoutent d'aller à la garde-robe; les selles deviennent de plus en plus difficiles; il y a des alternatives de diarrhée et de constipation, et la santé générale est quelquefois profondément atteinte.

Cette démangeaison et ces douleurs, exceptionnelles à un tel degré d'intensité dans les autres variétés d'eczéma, sont dues, dans l'eczéma de l'anus, à la présence de *fissures* ou de rhagades qui s'étendent parfois jusque dans le rectum. Dans l'eczéma invétéré, la muqueuse rectale elle-même s'enflamme chroniquement, se déchire et s'excorie

1. Voy. Kaposi, traduction de Besnier et Doyon, t. I, p. 553.

par les efforts de la défécation, se couvre de mucosités et donne lieu à de petites hémorrhagies qui rendent cette affection encore plus pénible.

Il ne faut pas confondre l'eczéma de l'anus avec le prurit anal ni avec des lésions syphilitiques. Dans le prurit simple, il n'y a pas d'éruption; les excoriations qu'on observe quelquefois sont provoquées par le grattage. « Dans la syphilis, la marge de l'anus présente une apparence laiteuse spéciale, qu'on ne trouve pas dans l'eczéma; les lésions syphilitiques de cette région ont de la tendance à l'hypertrophie et à la végétation [1]. »

Eczéma du scrotum. — L'eczéma scrotal est rare dans l'enfance; c'est surtout à l'âge moyen de la vie qu'on l'observe. Tantôt il reste borné au scrotum, tantôt il s'étend à la verge, au prépuce et au gland, à la face interne des cuisses, au périnée, à la région péri-anale et à la marge de l'anus.

Cette variété d'eczéma, d'une ténacité extraordinaire, occasionne des *démangeaisons atroces*, qui troublent le sommeil et portent les malades à se gratter et à s'écorcher la peau avec leurs ongles. Les vésicules se rompent ou sont déchirées aussitôt après leur formation, de sorte qu'il est rare d'en rencontrer d'intactes. La peau est rouge, tuméfiée, épaissie et indurée; le scrotum, la verge et le prépuce sont parfois œdematiés. Le suintement est très abondant et l'humeur se concrète rapidement en croûtes grisâtres; l'épiderme se détache sous forme de larges squames; ces croûtes et ces squames recouvrent des *fissures* très douloureuses.

Chez les jeunes sujets, le prurit produit par l'eczéma de la verge ou du scrotum peut provoquer des habitudes de masturbation.

L'eczéma du prépuce et du gland, ainsi d'ailleurs que celui de la vulve, est souvent symptomatique du diabète sucré. Il est produit et entretenu par le contact irritant de l'urine sucrée.

Eczéma de la vulve. — L'eczéma des parties génitales de la femme occupe généralement les grandes lèvres; mais il peut s'étendre aux petites lèvres, au vagin, au méat urinaire, au périnée, à la face interne des cuisses et au mont de Vénus. Il présente des symptômes analogues à ceux de l'eczéma génital de l'homme : la même rougeur, la même tuméfaction, les mêmes démangeaisons insupportables, un

1. Voy. Lailler. *Leçons*, recueillies par Cuffer, p. 31.

suintement abondant, des croûtes, des fissures et des excoriations. La propagation de l'éruption à la muqueuse vaginale donne lieu à l'écoulement d'une humeur poisseuse, grisâtre, d'une odeur fade, qui colle les grandes lèvres l'une contre l'autre, et dont l'aspect est différent de celui des flueurs blanches ou d'un flux blennorrhagique.

L'eczéma vulvaire rend parfois la miction très douloureuse; il peut porter les femmes à la masturbation.

Cet eczéma, très difficile à traiter et à guérir, est dû dans certains cas à une affection utérine ou à la grossesse; il est souvent déterminé par une incontinence d'urine, plus souvent encore par la glycosurie, rarement par la leucorrhée. Cette dernière affection, comme la blennorrhagie, produit beaucoup plus fréquemment, selon la juste remarque de Rayer, l'érythème que l'eczéma [1].

Eczéma du pénil. — Il est presque toujours pédiculaire ou artificiel (Lailler) ou résulte de l'extension d'un eczéma génital. C'est une éruption suintante et croûteuse, qui ne présente d'ailleurs, en dehors de son siège, aucun caractère particulier.

Eczéma ombilical. — Cet eczéma peut être isolé et borné à la dépression du nombril, ou étendu, en même temps, à la peau environnante. Il est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Chez la jeune fille, il est essentiellement de nature lymphatique ou scrofuleuse; chez les femmes obèses, il est produit par l'irritation qui résulte de l'accumulation et de la décomposition des sécrétions cutanées. C'est une éruption humide, quelquefois fissurique, très tenace et dont la chronicité est entretenue par la disposition même de la région.

L'eczéma ombilical peut être confondu avec des plaques muqueuses syphilitiques. Mais les plaques muqueuses sont des lésions érosives, qui ne sont pas couvertes de croûtes et qui répandent une odeur infecte, *sui generis*, qu'on reconnaît avec un peu d'habitude.

Eczéma du sein et du mamelon. — En dehors du mamelon et de l'aréole, l'eczéma du sein ne présente aucune particularité. L'eczéma du mamelon et de l'aréole est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme; il est ordinairement symptomatique de la gale; les trois autres causes qui peuvent lui donner naissance sont la grossesse, l'allaitement et la scrofule [2].

1. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 394.
2. Hardy, qui insiste particulièrement sur cette variété d'eczéma, ne lui reconnaît que trois causes : en première ligne la gale, puis la grossesse et la lactation

L'éruption affecte ordinairement une disposition arrondie ; elle est accompagnée de suintement et de croûtes et se complique d'excoriations linéaires, de fissures ou de crevasses très douloureuses, surtout quand la femme allaite. Les démangeaisons sont habituellement très vives et augmentent au moment de la menstruation (Rayer) [1].

L'eczéma mammaire est quelquefois unilatéral, le plus souvent bilatéra[illegible]t une affection chronique assez rebelle et qui peut persister peno[illegible]rès longtemps quand elle est abandonnée à elle-même.

[illegible] **des plis articulaires** (*aisselles, aines, jarrets, plis des coudes*). — [illegible]na localisé siège assez souvent au niveau des articulations, du [illegible] flexion; il est fréquemment, mais non toujours, symétrique. Tantôt c'est une éruption [illegible], sèche, très prurigineuse; tantôt au contraire c'est un eczéma hu[illegible] suintant, croûteux, parfois même impétigineux.

Cette dernière forme s'observe surtout dans les régions inguinale et axillaire. Dans le creux de l'aisselle, l'éruption eczémateuse est souvent compliquée de l'inflammation des glandes sudoripares et de la formation d'abcès hidrosadéniques.

L'eczéma articulaire, en raison de l'irritation entretenue par les mouvements, par la macération de l'épiderme dans les plis de flexion et par les frottements des deux surfaces cutanées en contact l'une avec l'autre, est ordinairement très tenace. Au membre inférieur, il peut gêner beaucoup la marche, et au creux poplité, d'après E. Besnier, il produit quelquefois, chez les enfants, une rétraction du membre, une sorte de pseudo-contracture secondaire, qu'il faut se garder de confondre avec la contracture musculaire primitive [2].

Eczéma des mains et des pieds. — L'eczéma qui occupe la *face dorsale des mains* et les parties latérales des doigts est ordinairement de cause externe. C'est l'*eczema manuale* de certains auteurs. L'eczéma de la *paume des mains* (*eczéma palmaire*) est, au contraire, le plus souvent d'origine diathésique (arthritique) [3]; on peut rapprocher de lui l'*eczéma plantaire*, qui présente des caractères analogues.

L'eczéma artificiel des mains est un *eczéma professionnel*, qu'on

(voy. Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau : dartres, scrofulides, syphilides*, 1854, p. 54). Nous croyons qu'à ces causes il faut ajouter la scrofule.

1. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 392.

2. Voy. Notes à la traduction de Kaposi, par E. Besnier et Doyon, p. 556, 557.

3. Voy. Bazin, *Affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, p. 239, 2e édit., 1868.

observe chez tous les ouvriers qui manient des substances irritantes : les chimistes, les teinturiers, les boulangers, les épiciers (gale des épiciers), les blanchisseuses, les ébénistes, etc. Mais, chez la plupart des individus atteints, on trouve, outre la cause externe déterminante, une *cause interne prédisposante*, soit la scrofule ou l'arthritisme, soit l'alcoolisme ou la misère physiologique.

L'*eczema manuale* peut être aigu ou chronique. La *forme aiguë* est remarquable par l'intensité des phénomènes inflammatoires, la confluence des vésicules, la rougeur vive et le gonflement de la peau; elle produit plus de cuisson que de démangeaison véritable. Dans la *forme chronique*, la peau est sèche, rugueuse et épaissie. Cette forme offre tantôt les caractères de l'eczéma lichénoïde, tantôt ceux de l'eczéma fendillé et fissurique.

L'eczéma qu'on observe sur la face dorsale de la main et sur les doigts est quelquefois aussi d'origine exclusivement arthritique; il se présente alors sous l'aspect de plaques nummulaires ou discoïdes, nettement délimitées, au niveau desquelles la peau est rouge, indurée, couverte de croûtes ou de squames [1].

L'ECZÉMA PALMAIRE et l'ECZÉMA PLANTAIRE sont caractérisés par quelques particularités en rapport avec l'épaisseur de l'épiderme dans ces régions. Il peut arriver, grâce à cette épaisseur, que les vésicules s'affaissent sans se rompre et que le liquide qu'elles renferment se résorbe; l'épiderme, qui a été soulevé par la sérosité, se détache alors sous forme de lambeaux quelquefois assez larges, et laisse à nu, au-dessous de lui, un épiderme de nouvelle formation, luisant, rouge et violacé [2]. Souvent aussi, les vésicules sont tellement rapprochées les unes des autres, qu'elles se réunissent pour former des bulles qui ressemblent à celles du pemphigus. Dans tous les cas, la peau est calleuse, sèche et fendillée, couverte de stratifications épidermiques qui sont particulièrement épaisses à la plante des pieds. Les fissures sont quelquefois assez profondes et assez douloureuses pour rendre le malade incapable de se servir de ses pieds ou de ses mains [3].

L'eczéma palmaire ou plantaire peut être confondu avec le psoriasis, mais il s'en distingue par un certain nombre de caractères : les plaques d'eczéma sont plus diffuses, moins bien délimitées que celles

1. Voy. Kaposi, trad. Besnier et Doyon, t. I, p. 558.
2. Voy. Bazin, *Leçons sur les aff. arthrit. et dartreuses*, 2e éd., 1868, p. 239.
3. Voy. Duhring, trad. par Barthélemy et Colson, p. 242.

du psoriasis; les fissures sont humides, suintantes et souvent saignantes dans l'eczéma, elles sont sèches dans le psoriasis; les squames du psoriasis sont plus sèches, plus épaisses, plus abondantes, plus blanches que celles de l'eczéma, qui sont grisâtres ou jaunâtres. Ce diagnostic différentiel n'est d'ailleurs véritablement difficile que quand l'affection est exclusivement localisée à la paume des mains et à la plante des pieds; lorsqu'il existe une éruption eczémateuse ou psoriasique sur un autre point du corps, la distinction s'établit aisément.

Les syphilides palmaires ou plantaires sont des fissures à base indurée ou des plaques rouges, cuivrées, à contours nettement limités; elles ont une forme circulaire ou annulaire et un développement centrifuge; elles n'occasionnent jamais de démangeaisons. Enfin, les lésions de la syphilis sont toujours plus profondes et, au contraire, moins étendues en surface que celles de l'eczéma.

L'eczéma des ongles (*eczema unguium*) existe quelquefois seul, ou bien il est accompagné d'eczéma des doigts ou des orteils, ou d'une éruption de même nature sur un point quelconque du corps.

Les ongles eczémateux sont secs, cassants, fendillés, le plus souvent épaissis, quelquefois amincis; leur surface est inégale, rugueuse ou, au moins, dépolie; ils présentent soit des stries longitudinales, soit des sillons transversaux et des ponctuations, un état *piqueté* particulier, qui n'appartient pas exclusivement au psoriasis, quoi qu'en aient dit certains auteurs, et qu'on observe indifféremment dans le psoriasis et dans l'eczéma. De plus, les ongles sont déformés, aplatis, avec leurs bords relevés.

La matrice unguéale est également malade; il n'est pas rare de voir le rebord cutané périonyxique, tuméfié, rouge et douloureux, surtout pendant les phases aiguës de l'affection.

L'eczéma unguium est une variété très rebelle et dont la durée est toujours très longue. Tantôt les ongles, soulevés par les squames et les débris épidermiques accumulés sur le lit unguéal, finissent par se décoller et par tomber; tantôt la lésion s'arrête et l'affection guérit en laissant une déformation persistante de l'ongle.

A peu près indolent aux doigts, cet eczéma est au contraire très douloureux aux orteils, à cause de la pression exercée par la chaussure pendant la marche, qui devient alors très pénible.

L'eczéma des ongles est facile à diagnostiquer, quand il est accompagné d'éruption eczémateuse sur un autre point du corps; mais,

quand il est isolé, il est à peu près impossible à distinguer du psoriasis unguéal.

Eczéma des jambes. — L'eczéma des jambes est une variété commune chez les vieillards et chez les individus dont la profession exige de longues marches et une station debout longtemps prolongée.

Il est unilatéral ou bilatéral; il peut être accompagné d'éruption eczémateuse sur un autre point du corps; mais, très souvent aussi, il existe à l'état isolé.

L'eczéma des jambes est le plus habituellement causé par les varices, d'où le nom d'*eczéma variqueux* qu'on lui donne généralement.

Mais, indépendamment de l'altération variqueuse des veines, l'eczéma trouve, aux membres inférieurs, des conditions particulièrement favorables à son développement : l'éloignement du centre circulatoire, la position déclive et la tension vasculaire sont en effet autant de causes qui créent une sorte d'*infériorité de nutrition* ou d'*infirmité de tissus*, suivant l'expression de E. Besnier[1], d'où résultent la facile production et l'intensité extraordinaire des lésions cutanées congestives ou inflammatoires aux membres inférieurs.

L'eczéma variqueux est un eczéma chronique qui se présente sous la forme de plaques rouges ou brunes, soit humides, suintantes et couvertes de croûtes jaunâtres, soit sèches, lisses, luisantes et légèrement squameuses. Cet eczéma est très rebelle; quand il guérit, il laisse à sa suite une pigmentation noirâtre avec amincissement de l'épiderme; il récidive très facilement sous l'influence de la moindre irritation.

Il n'est pas rare de voir l'eczéma chronique des jambes se compliquer de la formation d'ulcérations cutanées, d'ulcères variqueux déterminés par la rupture des varices; ces ulcères entretiennent à leur tour la persistance de l'eczéma.

Dans d'autres cas, l'eczéma des jambes se termine par la *transformation papillomateuse* que Bazin désignait sous le nom d'*eczéma dégénéré* et Hardy sous celui de *lichen hypertrophique* : les papilles subissent une hypertrophie énorme, elles sont saillantes et irrégulières; l'épiderme est crevassé et raboteux; la peau, dans son ensemble, est épaissie et indurée, comme dans la pachydermie ou dans l'éléphantiasis des Arabes.

1. Voy. E. Besnier. Notes à la traduction de Kaposi, t. I, p. 560.

Eczéma des muqueuses. — L'eczéma peut siéger sur les muqueuses dermo-papillaires; il est généralement dû à la propagation de l'eczéma de la peau, mais quelquefois aussi il existe isolément. On a observé l'eczéma sur les muqueuses de la bouche, de la langue, de la conjonctive [1], du vagin et du col utérin. La muqueuse affectée d'eczéma est rouge, turgescente, luisante, douloureuse, exulcérée [2]; les exulcérations peuvent, dans certaines régions, se recouvrir de petites croûtes molles, formées de mucus et de débris épithéliaux. Quand l'affection doit guérir, la rougeur diminue, la muqueuse se ride et s'affaisse, et l'épithélium malade se détache sous forme de minces squames comparables à la desquamation épidermique.

Le diagnostic de l'eczéma des muqueuses n'est possible que s'il existe en même temps une ou plusieurs plaques d'eczéma cutané, ou si le sujet est un ancien eczémateux. Autrement, la stomatite, la vaginite ou la métrite cervicale eczémateuses ne présentent aucun caractère spécial qui permette de les reconnaître sûrement.

III. — Variétés étiologiques.

Les variétés étiologiques de l'eczéma peuvent être réparties en trois groupes : 1° les *eczémas de cause interne*; 2° les *eczémas pathogénétiques*; 3° les *eczémas de cause externe*.

1° **Eczémas de cause interne.** — Parmi les eczémas de cause interne, constitutionnels ou diathésiques, celui qui présente les caractères les plus tranchés est **l'eczéma scrofuleux.**

L'eczéma scrofuleux affecte le plus souvent la *forme impétigineuse*; il siège presque toujours à la *tête*, soit autour du nez, soit aux oreilles, soit au cuir chevelu; on sait d'ailleurs que la tête est le siège de prédilection des scrofulides. L'eczéma scrofuleux est de plus une éruption torpide, remarquable par *la rareté et le peu d'importance des phénomènes généraux* qui l'accompagnent; généralement, il n'y a ni fièvre ni embarras gastrique, même pendant les périodes aiguës; *les démangeaisons font souvent défaut*, suivant la juste remarque de Bazin.

1. Nous avons décrit l'eczéma de la conjonctive avec celui des paupières. Voy. ci-dessus, p. 377.
2. Voy. une observation d'eczéma de la langue, par l'un de nous (*Ann. de dermatologie*, 1881. Note sur l'an. Pathol. de l'eczéma).

ou bien elles n'existent qu'au début de l'éruption, ne durent qu'un temps très court et sont toujours modérées. Comme toutes les affections scrofuleuses, cet eczéma est fréquemment accompagné de l'*engorgement des ganglions lymphatiques*, et cet engorgement ganglionnaire peut se terminer par suppuration. L'eczéma scrofuleux laisse souvent à sa suite des exulcérations tenaces, et on observe habituellement, en même temps que lui, d'autres manifestations de la diathèse strumeuse, telles que blépharites, conjonctivites [1], otorrhées, etc.

L'arthritisme est, ainsi que nous l'avons déjà dit, la cause la plus fréquente de l'eczéma, et cette diathèse imprime *ordinairement* à l'éruption des caractères particuliers relativement à sa forme et à son siège.

L'eczéma arthritique est rarement généralisé; le plus souvent il se présente sous l'aspect de plaques arrondies, isolées et irrégulièrement distribuées à la surface du corps. Tantôt les plaques sont nettement circonscrites, sèches, très prurigineuses et de petites dimensions (eczéma nummulaire); — tantôt elles sont très larges et ovalaires, rouges ou violacées; elles occupent la face externe des membres et le tronc; elles sont le siège d'un suintement assez abondant et se recouvrent de croûtes minces et foliacées (eczéma suintant généralisé, une des arthritides irrégulières de *Bazin*). L'eczéma arthritique est fréquemment, mais *non toujours*, asymétrique [2]; suivant la remarque de Bazin, il occupe avec prédilection certaines régions : le front, les tempes, la lèvre supérieure, la partie antérieure des avant-bras, le dos des mains et des pieds, les ongles, les régions plantaire et palmaire, les parties génitales, les orifices naturels, tels que l'anus et la bouche (eczémas orbiculaires) [3], etc. Mais ce serait une erreur de croire que l'eczéma arthritique n'existe jamais sur d'autres points de la surface cutanée; et de même, sur les régions ci-dessus mentionnées, on peut observer des eczémas qui n'ont aucune origine arthritique apparente.

Bazin admettait encore une autre variété étiologique : l'eczéma herpé-

1. Voy. ci-dessus la description de la conjonctivite et de la blépharite eczémateuses (*Eczéma des paupières*).

2. On sait que Bazin faisait du défaut de symétrie le caractère propre des *arthritides*, tandis que la symétrie appartenait, d'après lui, à l'herpétisme (?); mais l'opinion de ce maître éminent n'est pas exacte dans tous les cas : il n'est pas très rare d'observer des *eczémas symétriques* d'origine arthritique.

3. Voy. Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau*, 1862, p. 191 et suivantes.

tique, auquel il reconnaissait des formes assez complexes. Nous avons déjà plusieurs fois, dans le cours de cet ouvrage, donné notre opinion sur les affections dites herpétiques; nous avons dit que l'*herpétisme* ne possédait pas de caractères propres. La confusion qui règne dans la description de l'eczéma herpétique par Bazin ne serait pas de nature à nous faire revenir sur notre opinion première; il nous est impossible d'accepter l'existence de cette variété étiologique de l'eczéma.

2° **Eczémas pathogénétiques.** — Les eczémas pathogénétiques sont ceux qui sont provoqués par les *ingesta* alimentaires, toxiques ou médicamenteux. Nous avons indiqué, dans l'étiologie générale de l'eczéma, les principales substances dont l'absorption peut être suivie d'éruptions eczémateuses. Ces éruptions, à part l'eczéma mercuriel, ne présentent aucune particularité relativement à leur forme ou à leur siège, et par conséquent ne méritent pas de description spéciale; elles ont seulement pour caractère commun de disparaître rapidement quand on supprime la cause qui leur a donné naissance.

L'eczéma mercuriel ou **hydrargyrie**, beaucoup plus rarement observé en France qu'en Angleterre, a été bien décrit par Alley, par Rayer et par Bazin. Depuis Alley, on lui reconnaît trois formes : 1° l'hydrargyria mitis, 2° l'hydrargyria febrilis, 3° l'hydrargyria maligna [1].

1° *Hydrargyria mitis.* — La forme bénigne de l'eczéma mercuriel est caractérisée par une légère rougeur de la peau localisée à la partie inférieure de l'abdomen, aux aines, au scrotum et à la face interne des cuisses. Sur cette rougeur érythémateuse apparaissent de petites vésicules remplies de sérosité limpide et transparente. Cette éruption donne lieu à des démangeaisons et à une cuisson très vive; elle se montre sans prodromes; elle est apyrétique, ne s'accompagne d'aucune réaction générale et disparaît spontanément sans aucun traitement, dès qu'on suspend l'usage des préparations mercurielles.

2° *Hydrargyria febrilis.* — L'hydrargyrie fébrile peut être primitive; mais, le plus souvent, elle succède à la forme précédente. Elle est accompagnée de phénomènes généraux : fièvre, inappétence, nausées, vomissements, état saburral des voies digestives. L'éruption est beaucoup plus intense que dans l'hydrargyrie bénigne; elle est aussi plus

1. Voy. Bazin, *Leçons sur les affections cutanées artificielles*, 1862, HYDRARGYRIE, p. 197 et suivantes.

étendue et souvent généralisée à toute la surface du corps. La rougeur, qui devient scarlatiniforme, se recouvre de grosses vésicules, à contenu opaque, entourées d'une auréole rouge; ces vésicules se rompent, et leur contenu se concrète en croûtes humides, jaunâtres, semblables à celles de l'eczéma impétigineux. Les démangeaisons sont parfois intolérables, et l'éruption peut se propager à la muqueuse de la bouche et du pharynx. Sur la peau, la desquamation s'opère du quatrième au dixième jour, par larges plaques, comme dans la scarlatine.

3° *Hydrargyria maligna.* — Cette forme n'est que l'exagération de l'hydrargyrie fébrile. On l'a observée seulement dans certains cas où, malgré l'éruption précédente, on avait continué l'usage du mercure. Les vésicules deviennent alors des vésico-pustules ou même des bulles remplies d'un liquide séro-purulent. L'angine et la stomatite affectent parfois la forme gangréneuse; l'état général s'aggrave de plus en plus; la température peut atteindre et même dépasser 41°, et les malades succombent, après de vives douleurs, aux progrès de l'intoxication mercurielle.

Il est à peine besoin de faire remarquer que l'eczéma mercuriel ne ressemble en rien aux éruptions syphilitiques; les conditions pathogéniques spéciales qui président à son développement ne permettront pas non plus de le confondre avec l'eczéma rubrum aigu.

Le traitement consistera d'abord dans la suppression du mercure, puis dans l'application de topiques inertes et pulvérulents. L'intoxication mercurielle et l'angine seront combattues par le chlorate de potasse en gargarismes et en potions.

3° Eczémas de cause externe. — L'eczéma *artificiel* ou de cause externe a été bien décrit par *Bazin*, qui le plaçait parmi les *affections provoquées directes*. Quelle que soit sa cause, il a pour caractère habituel d'être diffus et mal dessiné dans ses contours; il est souvent accompagné d'autres lésions élémentaires, papuleuses et pustuleuses; il s'atténue et disparaît très rapidement, sous l'influence du traitement le plus simple, quand la cause qui l'a produit est supprimée.

Dans quelques cas, l'eczéma artificiel est produit par l'action directe des topiques irritants sur la peau. Ces éruptions artificielles, auxquelles on pourrait donner le nom d'*eczémas thérapeutiques*, peuvent être déterminées par les emplâtres de thapsia ou de poix de Bourgogne, les applications de térebenthine ou d'huile de croton, les frictions avec les

pommades sulfureuses, la pommade mercurielle, etc. Toutes ces préparations, employées dans un but thérapeutique, provoquent souvent des éruptions vésiculeuses ou vésico-pustuleuses qui ressemblent à l'eczéma aigu. Tantôt ces éruptions restent localisées au point d'application des substances irritantes, tantôt elles se généralisent, lorsque quelques parcelles de l'agent irritant ont été transportées accidentellement sur d'autres parties de la surface cutanée. C'est ainsi qu'on voit, souvent, les emplâtres de thapsia, appliqués sur la poitrine et déplacés par les mouvements du malade, provoquer une éruption vésiculo-pustuleuse qui s'étend à la totalité du tronc et même à la face et qui pourrait donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Des vésicules qui constituent ces éruptions *eczématiformes*, les unes s'affaissent et se dessèchent sur place, d'autres se rompent, en laissant à nu une exulcération qui se recouvre d'une croûte jaunâtre. Quand les croûtes sont tombées, la desquamation s'opère comme dans l'eczéma aigu ordinaire. Ces eczémas artificiels occasionnent toujours des démangeaisons très vives et quelquefois, au début, une véritable douleur cuisante, qui décroît à mesure que l'éruption elle-même diminue d'intensité.

Les *eczémas professionnels*, observés chez les cuisiniers, les épiciers [1], les ébénistes, les étameurs de glaces, les fileuses de cocons, les blanchisseuses, les mégissiers, les fabricants de produits chimiques, etc., ont pour caractère constant de siéger sur les parties découvertes (les mains, les avant-bras, la face), qui sont particulièrement exposées à l'action des substances irritantes. Ces eczémas artificiels sont mal délimités, sans forme déterminée. L'éruption est d'abord constituée par des vésicules irrégulièrement répandues sur une surface érythémateuse; à mesure que les premières vésicules se rompent et sont remplacées par des squames, de nouvelles vésicules se développent successivement, de manière à perpétuer l'affection aussi longtemps que persiste la cause qui lui a donné naissance. Au bout d'un certain temps, l'inflammation cutanée passe à l'état chronique; la peau s'indure, s'épaissit, devient sèche, rugueuse et fendillée, et se couvre de papules lichénoïdes qui viennent compliquer l'éruption vésiculeuse primitive.

Eczéma parasitaire. — L'eczéma peut être observé comme com-

1. Vulgò : Gale des épiciers.

plication de toutes les affections cutanées parasitaires; c'est alors une lésion secondaire produite par le grattage. Mais l'eczéma parasitaire par excellence, c'est celui qui est *symptomatique de la gale*. L'eczéma psorique a des sièges de prédilection : les seins, les espaces interdigitaux, la face antérieure des avant-bras, le bord antérieur de l'aisselle, les fesses, les parties génitales. Dans la gale, les vésicules ou les croûtes caractéristiques de l'eczéma sont toujours accompagnées d'autres lésions de formes variées, principalement papuleuses et pustuleuses; les papules surtout, d'après M. Hardy, ne font, pour ainsi dire, jamais défaut. En dehors de leur siège particulier et de leur polymorphisme, les éruptions scabieuses présentent d'ailleurs d'autres symptômes, qui seront étudiés plus utilement dans le chapitre consacré à la description de la gale.

Thérapeutique de l'eczéma.

Historique. — Le traitement de l'eczéma a varié suivant les époques; il varie encore aujourd'hui suivant les écoles dermatologiques, car les doctrines thérapeutiques doivent correspondre aux théories étiologiques, et le traitement d'une maladie dépend toujours de l'opinion qu'on se fait de sa nature.

L'école française, considérant que l'eczéma tantôt reconnaît pour origine une cause constitutionnelle, tantôt se développe sous l'influence de causes extérieures et directes, modifie sa thérapeutique suivant les cas. Dans les eczémas constitutionnels, elle associe un traitement général au traitement local, tandis que, pour les eczémas de cause externe, une thérapeutique purement locale lui semble suffisante.

La nécessité du traitement général de l'eczéma a toujours été admise par la plupart des dermatologistes français. Déjà *Rayer* [1], tout en insistant particulièrement sur les médications externes, recommandait, chez les eczémateux, l'emploi fréquent des purgatifs, comme moyen de dérivation intestinale; il prescrivait les préparations arsenicales, dont il avait su apprécier les bons effets dans l'eczéma chronique. Le même auteur conseillait également les exutoires cutanés, principalement dans les eczémas du cuir chevelu. Ce mode de traitement est complètement abandonné aujourd'hui; mais il mon-

1. Voy. Rayer, *Traité des mal. de la peau*, 2e éd., t. I, p. 404 et suivantes.

tre bien que, dans l'opinion de Rayer, l'eczéma était souvent engendré par un vice général de la constitution. Comme traitement local, Rayer recommandait surtout les bains simples ou émollients, les cataplasmes et les fomentations émollientes, dans les eczémas aigus et fluents; les bains de vapeur, les bains alcalins et même les bains de mer, au déclin de l'affection; les bains sulfureux naturels ou artificiels, dans les eczémas chroniques des vieillards. Contre l'eczéma chronique, il ne craignait pas d'employer parfois des agents substitutifs très énergiques : les cautérisations avec le nitrate d'argent, la pommade au précipité rouge, des cataplasmes faits avec la petite chélidoine, les clématites, l'épurge, etc., voire même les vésicatoires. Il pratiquait des saignées générales ou locales (sangsues) dans l'eczéma rubrum et dans l'eczéma impétigineux; il conseillait une compression modérée contre l'eczéma chronique des jambes chez les vieillards.

Devergie [1] enseignait, encore plus explicitement que Rayer, que lathérapeutique de l'eczéma devait être générale et locale.

Comme traitement général, Devergie employait les purgatifs, les laxatifs et les amers; chez les scrofuleux, l'huile de foie de morue, les toniques, les préparations sulfureuses, iodurées et ferrugineuses; dans les eczémas chroniques, l'iodure de soufre en pilules, les préparations arsenicales, le sirop d'*orme pyramidal* et l'extrait alcoolique d'*hydrocotile asiatica* [2]. Comme traitement local, il préconisait surtout les émollients, les topiques pulvérulents et l'irrigation continue, dans l'eczéma aigu; l'huile de cade, les pommades au goudron, au tannin et à l'oxyde de zinc, les solutions de sublimé et de nitrate d'argent, les bains d'amidon et les bains de vapeur, dans l'eczéma chronique; les bandages dextrinés, dans l'eczéma variqueux. Il insistait particulièrement sur la nécessité d'un régime diététique sévère, surtout dans la forme aiguë.

Bazin est l'auteur qui s'est étendu le plus sur le traitement général de l'eczéma constitutionnel et sur les modifications qu'il convient de faire subir à ce traitement suivant les formes étiologiques. L'eczéma scrofuleux doit être combattu par les amers, les ferrugineux, l'huile de foie de morue et les sulfureux. A l'eczéma herpétique correspond la médication arsenicale associée aux amers et aux purgatifs légers

1. V. Devergie, *Traité pratique des mal. de la peau*, 2e éd., p. 250 et suivantes.
2. Ces deux dernières préparations sont aujourd'hui tombées dans l'oubli.

et souvent répétés. Les préparations alcalines (sirops, tisanes, eaux minérales) et les bains alcalins, associés aux révulsifs intestinaux, conviennent à l'eczéma arthritique. — Dans ces formes diathésiques, le traitement local est le même que dans les eczémas de cause externe; dans ceux-ci, Bazin prenait surtout en considération l'état aigu ou l'état chronique du processus inflammatoire : il agissait sur l'eczéma aigu par les émollients et sur l'eczéma chronique par les substitutifs.

Hardy, qui n'admet comme cause générale de l'eczéma que le virus ou le *vice dartreux*, dirige toujours sa médication contre cette cause unique; c'est l'arsenic qu'il emploie, et il lui donne comme auxiliaires la tisane de pensées sauvages, les autres tisanes amères et les révulsifs intestinaux. A ce traitement général, il associe une médication locale appropriée à la forme et aux périodes de l'inflammation cutanée.

L'école de Vienne, qui rayonne dans toute l'Allemagne, vit sur les doctrines d'*Hébra* [1]. Le maître viennois n'admet aucune cause générale ou constitutionnelle; du moins, il dit ne pas connaître ces causes, et *il considère le traitement interne de l'eczéma comme absolument inutile et inefficace;* tout au plus accorde-t-il à l'arsenic une place secondaire dans l'arsenal thérapeutique. Suivant Hébra, l'arsenic est seulement un reconstituant; ce médicament n'agit utilement qu'en facilitant la formation et la régénération de l'épiderme; aussi ne doit-il être employé que dans la défervescence de l'eczéma chronique, quelquefois même après la guérison.

Cette opinion, à laquelle s'associe également Erasmus Wilson, est parfaitement exacte. L'un de nous (Hillairet) l'a soutenue jadis, pendant plus de douze années, dans son enseignement clinique de l'hôpital Saint-Louis. Nous ne saurions trop répéter que *l'arsenic n'est le spécifique d'aucune forme d'eczéma et même d'aucune affection cutanée, de quelque nature qu'elle soit*. Nous ajouterons que l'arsenic est nuisible dans l'eczéma aigu et même au début de l'eczéma chronique; c'est seulement à la fin de l'eczéma chronique qu'il peut être d'une certaine utilité, à cause de son action spéciale sur la nutrition de la peau et la reproduction de l'épiderme.

1. Les représentants les plus autorisés de l'école d'Hébra sont Kaposi, Neumann, Auspitz, etc.

Pour Hébra, le traitement de l'eczéma doit être purement local [1]. Après avoir critiqué, assez justement parfois, toutes les médications internes de l'eczéma, y compris les purgatifs, Hébra rapporte dans son livre les diverses méthodes de traitement externe qu'il a expérimentées avec succès [2].

Il mentionne d'abord *l'eau froide*, employée en bains ou en lotions; il recommande surtout l'eau de pluie ou l'eau qu'on a fait préalablement bouillir pour la débarrasser de ses sels et lui faire perdre sa crudité. On peut encore améliorer la composition de l'eau en y ajoutant une substance mucilagineuse. Les eaux minérales les plus propres au traitement de l'eczéma sont celles dont la minéralisation est aussi faible que possible et dont la température oscille entre 20° et 30° centigrades.

Hébra conseille dans certains cas les *bains* et les *douches* de vapeur, particulièrement dans l'eczéma du cuir chevelu ou des autres régions pilaires. Les douches doivent être prises trois ou quatre fois par jour et continuées pendant plusieurs mois; à l'aide de cette médication, qui ramollit et fait tomber les croûtes et les squames, on peut obtenir la guérison, ou, au moins, on calme les démangeaisons et on prépare l'application d'autres topiques.

Les *substances grasses* et *huileuses* jouent un rôle aussi important que l'eau dans le traitement préconisé par Hébra. Tous les corps gras solides ou liquides sont également bons; ils sont destinés à ramollir l'épiderme malade. On les emploie soit purs, soit sous forme de pommades ou d'onguents aromatisés avec un principe odorant quelconque et dans lesquels on a incorporé une substance chimique le plus souvent inerte. Hébra conseille, pour éviter l'évaporation et la dessiccation, de recouvrir les parties eczémateuses de bandes de flanelle, après l'application des corps gras. Il est remarquable, d'ailleurs, que l'huile simple ou la graisse ordinaire agissent aussi efficacement que les pommades composées. Cependant, comme il est quelquefois important, pour produire un effet moral sur le patient, d'avoir à sa disposition des onguents de composition variée, Hébra recommande les préparations suivantes :

1. Dans sa thérapeutique, Hébra ne fait aucune distinction entre l'eczéma aigu et l'eczéma chronique.
2. Voy. Hébra, *Traité des maladies de la peau*, trad. A. Doyon, t. I, p. 565 et suivantes.

1° *Onguent blanc simple* ou *onguent de céruse :* axonge lavée, 5 parties; emplâtre simple de plomb, 1 partie; blanc de plomb finement pulvérisé, 3 parties.

2° *Unguentum* ou *ceratum fuscum :* 500 grammes d'emplâtre diachylon chauffé jusqu'à ce qu'il devienne brun; on y ajoute 120 grammes de cire jaune, 120 grammes de graisse de mouton et 180 grammes d'axonge.

3° *Onguent d'acétate de plomb :* 500 grammes d'axonge, 120 grammes de cire blanche et 3 gr. 50 d'acétate de plomb.

4° *Onguent au calomel :* 4 gr. pour 30.

5° *Onguent à l'oxyde de zinc :* 4 gr. pour 30.

6° *Unguentum diachyli* (préparation spéciale d'Hébra) : huile d'olive pure, 450 grammes; litharge, 90 à 24 grammes;

Faire cuire et ajouter : huile de lavande, 8.

Cet onguent est employé seul ou associé au baume du Pérou.

Contre les formes chroniques, papuleuses ou squameuses de l'eczéma, Hébra recommande des *pommades caustiques* au protoïodure de mercure, au biiodure de mercure, au deutoxyde (oxyde rouge) de mercure, l'onguent citrin (*ung. hydr. nitratis*), etc.

Comme *topiques liquides*, Hébra emploie les solutions de sulfate de zinc (0 gr. 25 pour 30 grammes), de borax (2 gr. 50 pour 30 grammes), de sublimé corrosif (1 centigramme pour 30 grammes), de potasse caustique (0 gr. 05 à 0, 25 pour 30 grammes). Les lotions pratiquées avec les solutions précédentes sont utiles dans l'eczéma impétigineux dont on a déjà fait tomber les croûtes, et même dans l'eczéma impétigineux au début, pour détruire les pustules et adoucir l'épiderme; elles sont très efficaces contre les plaques circonscrites de l'eczéma rubrum. Dans les variétés les plus rebelles de l'eczéma, le dermatologiste viennois ne craint pas de se servir de solutions plus caustiques encore : le sublimé corrosif à 25 centigrammes pour 30 grammes, et la potasse au tiers (1 partie de potasse caustique pour 2 parties d'eau). Ces applications caustiques doivent être renouvelées environ une fois par semaine. Pour calmer la douleur qu'elles déterminent et diminuer la sécrétion qu'elles provoquent, on recouvre les parties malades de compresses imbibées d'eau froide, maintenues en permanence et recouvertes de toile cirée ou de gutta-percha, pour éviter l'évaporation.

Mais, de tous les topiques employés contre l'eczéma, il en est un

qu'Hébra préconise particulièrement, dont il s'est servi dans un grand nombre d'affections cutanées : c'est le *savon vert*, savon mou ou savon de potasse. Le savon de potasse est appliqué en frictions ou sous forme d'emplâtre; on peut le remplacer par l' « esprit de savon » (*spiritus saponatus kalinus*) ou solution alcoolique de savon vert. L'esprit de savon est surtout indiqué dans l'eczéma du cuir chevelu. Pour calmer l'irritation qui résulte de l'application du savon, il faut laver, après la friction, la peau malade avec de l'eau, et, mieux encore, la recouvrir d'une des pommades inertes formulées ci-dessus.

Les *préparations de goudron* donnent de bons résultats dans les formes papuleuses et squameuses; elles doivent être employées avec précaution dans les formes suintantes, comme l'eczéma rubrum.

L'*acide phénique* (ou carbolique) est parfois utile dans l'eczéma sec [1]; mais jamais il n'est aussi efficace que l'*huile de cade*.

Hébra n'est pas partisan du *soufre* ni de ses préparations, y compris les eaux sulfureuses, malgré la faveur dont ces préparations ont joui auprès de certains médecins dans le traitement de l'eczéma. D'après lui, jamais les eaux sulfureuses n'ont guéri l'eczéma; elles sont même nuisibles dans la plupart des formes humides et croûteuses, particulièrement dans l'eczéma rubrum et dans l'eczéma impétigineux.

Accidentellement, on pourra se servir du *collodion* pour mettre les parties à l'abri du contact de l'air, ou de *poudres* d'amidon, de lycopode, de riz, d'amiante, de talc de Venise, d'oxyde de zinc, etc, pour absorber la sérosité, quand elle est très abondante.

A cet exposé général des principaux moyens en usage contre l'eczéma, Hébra ajoute quelques remarques relatives au traitement particulier de chaque forme. Dans l'eczéma aigu, le traitement le plus anodin est le meilleur; il faut proscrire les bains chauds ou froids, les pommades, le savon mou, le soufre, etc., qui ne font qu'aggraver le mal,

1. Voici la formule d'Hébra :

℞	Acide phénique	8 gr.
	Glycérine, Ether... } ãã	30
	Esprit de vin rectifié	180

Les médecins anglais prescrivent une solution beaucoup plus faible

℞	Acide phénique	2 gr.
	Glycérine.... Esprit-de-vin. } ãã	15
	Eau distillée	180

et se contenter des lotions émollientes et de l'application de poudres inertes (amidon, racine d'iris, oxyde de zinc, etc.).

Dans l'eczéma chronique de la face, de la tête et du tronc, après avoir ramolli et détaché les croûtes et les squames à l'aide d'huiles ou de pommades inertes, Hébra emploie les préparations irritantes ou caustiques : l'huile de cade ou de bouleau, les solutions de potasse, de sulfate de zinc ou de sublimé corrosif, les préparations de goudron, l'acide phénique, les pommades au précipité blanc ou rouge, le savon vert, etc. L'emplâtre diachylon convient particulièrement à l'eczéma des membres inférieurs, à celui des plis articulaires et à celui des doigts et des orteils.

Les disciples d'Hébra, *Kaposi*, *Neumann*, etc., ne sont pas aussi absolus que leur maître relativement à l'inutilité du traitement interne. Ils donnent dans quelques circonstances des purgatifs; mais l'emploi de ceux-ci est légitimé alors par l'état actuel des malades (fièvre, état saburral des voies digestives, courbature, etc.). Ils administrent également l'arsenic, comme reconstituant général et comme régénérateur de l'épiderme, dans les périodes ultimes de l'eczéma chronique, lorsque la guérison est sur le point de s'effectuer. Ils admettent enfin que, chez les scrofuleux, l'eczéma nécessite une médication générale appropriée, dirigée non contre la dermatose elle-même, mais contre le vice spécial de la constitution.

Kaposi[1] recommande avec raison, dans l'eczéma aigu, d'éviter toute cause d'irritation locale : la pression, le grattage, le frottement des vêtements, la chaleur, l'humidité, le contact de la sueur. Il faut s'abstenir de lotions et de bains et, pour supprimer la sueur et l'humidité, recouvrir la peau de matières pulvérulentes. Voici les formules de poudres données par Kaposi :

℞ Poudre d'amidon de riz		100
Talc pulvérisé		20
Oxyde de zinc	ãã	5
Iris de Florence		

ou bien :

℞ Oxyde de zinc	ãã	5 gr.
Sous-nitrate de bismuth		
Céruse		2 gr. 50
Talc pulvérisé		50

1. Voy. Kaposi, *Leçons sur les maladies de la peau*, trad. par Besnier et Doyon, 1881, t. I, p. 573 et suivantes.

Il est utile, au niveau des replis de la peau, d'éviter le contact des surfaces adossées, à l'aide de charpie ou de linges fins.

O[illegible] l'inflammation est très violente et accompagnée d'une vive do[illegible], Kaposi conseille les applications de compresses d'eau froide, souvent renouvelées.

Lors[illegible]ue l'inflammation est calmée, il faut détacher les croûtes au moye[illegible] l'onctions avec des corps gras et recouvrir les parties malades d'une pommade appropriée, que l'on maintient à l'aide d'un bandage c[illegible]sif. Kaposi conseille l'onguent diachylon ou la pommade de vas[illegible]ine et de plomb (emplâtre diachylon simple, 20 grammes; vaseline, 80 g[illegible]nes). [illegible]nd c[illegible] pommade n'est pas tolérée [1], on peut employer la nom[illegible]de zinc ou les compresses froides avec u[illegible]o[illegible] 1[illegible] pour 500) ou simplement la pou-[illegible]d[illegible]

[illegible] à la période de desquamation, on aura rec[illegible] à l'une des pommades suivantes: 1° glycé[illegible]le au précipité blanc (1 pour 40); pomm[illegible]ous-nitrate de bismuth (1 pour 40); 3° o[illegible] pulvérisé, 5 grammes; axonge, 1 gra[illegible]rammes); 4° vaseline ou glycérine [illegible]

Pour calmer les déman[illegible]de l'eczéma squameux, Kaposi prescrit les applications de goudron, auxquelles, suivant le conseil de E. Besnier, il est bon de préférer l'huile de cade pure ou mitigée ou l'huile de bouleau [2].

Dans l'eczéma chronique, la première indication est de ramollir l'épiderme et de faire tomber les croûtes et les squames; en seconde ligne, le traitement doit être dirigé contre l'hyperémie chronique du derme et l'hyperplasie de l'épiderme; il doit avoir en même temps pour but d'amener la résorption de l'exsudat chronique et de l'œdème de la peau.

Pour ramollir l'épiderme et les croûtes, il faut avoir recours aux corps gras, à l'eau simple sous forme de compresses ou de bains, aux

1. Très fréquemment, ainsi que le remarque justement *Ernest Besnier*, cette pommade est inapplicable, à cause du gonflement qu'elle détermine; les applications de caoutchouc, la poudre d'amidon, les pulvérisations tièdes, la pommade au bismuth (1 ou 2 pour 30) sont préférables (voy. Notes à la trad. de Kaposi, p. 576).

2. Voy. Ernest Besnier, *loc. cit.*, p. 577, t. I.

'nveloppes caoutchoutées, aux eaux minérales indifférentes, qui n'agis-ent que comme moyen de macération. La seconde partie du traite-nent comporte l'emploi des irritants et des substitutifs ; c'est aux pré-parations de goudron que Kaposi donne la préférence.

L'école anglaise, bien que n'attachant pas une grande importance aux influences constitutionnelles, admet néanmoins l'utilité d'une hérapeutique interne, dans les eczémas qui ne sont pas exclusive-nent de cause directe; mais elle accorde toujours la prédominance au traitement local.

Parmi les moyens généraux les plus usités par les dermatologistes anglais, il faut citer les purgatifs et les révulsifs intestinaux, les laxa-ifs salins, le calomel, etc.

L'arsenic est employé dans les périodes avancées de l'eczéma chro-nique; il est seulement considéré comme un médicament reconstituant (*neurotonic*, de Wilson). Les boissons délayantes et acidules et un régime diététique sévère constituent tout le traitement interne de l'ec-zéma aigu simple, de l'eczéma rubrum et de toutes les formes sécré-antes et fébriles.

Les topiques recommandés par *Neligan*[1], par *Erasmus Wilson*[2], par *Tilbury Fox*[3], pour les différentes périodes de l'eczéma aigu ou chroni-que, sont les mêmes que ceux qui sont indiqués par les auteurs fran-ais et allemands et que nous avons déjà mentionnés; ce sont, suivant es cas, les lotions émollientes, les pommades ou les poudres inertes, es solutions ou les pommades irritantes, le savon mou, l'huile de ade, etc. — Erasmus Wilson a cependant proposé, pour la préparai-ion de la pommade à l'oxyde de zinc, deux formules spéciales qui ont té adoptées par Hébra :

1re *formule* : ℞ Graisse préparée..... 180
Poude de gomme benzoïque..... 4

Faire fondre à chaleur douce en vase clos pendant 24 heures, passer et jouter :

Oxyde de zinc purifié..... 30 gr.

1. Voy. J. Moore Neligan's, *Practical treatise of diseases of the skin*, 2e ed., by N. Belcher, Dublin, 1866, p. 93 et suivantes.
2. Voy. Erasmus Wilson, *Lectures on eckema*, London, 1870, p. 195. — *The stu-lentis Book of cutaneous medicine and diseases of the skin*. London, 1864, t. I, p. 90. — *On the nature, the varieties on the treatment of eczema*, in *The british medical ournal*, novembre 19 th, 1864.
3. Voy. *Skin Diseases*, by Tilbury Fox, third edition, London, 1873, p. 185.

2e *formule* : Onguent d'oxyde de zinc benzoaté (pommade précédente)..... 60 gr.
Esprit-de-vin rectifié..... 8 gr.

On peut, au lieu d'alcool, ajouter à l'onguent de zinc benzoaté de l'esprit de camphre, de la glycérine, de la solution de sous-acétate de plomb, du baume du Pérou ou du goudron dans la proportion de 1 gr. 77 pour 30 grammes de pommade.

Balmanno Squire, dans le traitement de l'eczéma chronique, recommande le glycérolé de sous-acétate de plomb [1]. Ce mode de traitement donne en effet de bons résultats dans certains cas.

Le représentant de l'**école américaine**, *L. Duhring* [2], quoique disciple d'Hébra, reconnaît l'éfficacité du traitement interne de l'eczéma. Il insiste particulièrement sur le régime alimentaire qui convient aux eczémateux (aliments d'une digestion et d'une assimilation faciles), sur la nécessité de combattre la dyspepsie et les troubles gastro-intestinaux, sur l'utilité des purgatifs et des diurétiques. Chez les goutteux et les rhumatissants, chez les gros mangeurs et les buveurs, il recommande les boissons alcalines. Si le malade est d'une constitution débile, les toniques, l'huile de foie de morue et les préparations de fer donneront de bons résultats. L'arsenic n'est indiqué que dans l'eczéma chronique et squameux.

Le traitement local comporte, suivant les cas, des lotions émollientes et calmantes, des pommades inertes et des agents substitutifs (goudron, huile de cade, etc.). Les formules de Duhring diffèrent peu de celles d'Hébra.

Telles sont les doctrines des principales écoles, relativement à la thérapeutique de l'eczéma; si nous avons exposé ces doctrines avec quelques détails, c'est que nous pensons que toutes elles peuvent nous fournir des données utiles. L'école française a raison de proclamer la nécessité du traitement interne; Bazin surtout a rendu un

1. Voy. *On the treatment of chronic eczema by Glycerole of subacetate of Lead*, by Balmanno Squire, in *The med. Times and Gazette*, of march 18th and 25th 1876.

Voy. également *Pharmacopæia of the british hospital for diseeases of the skin*, 2e ed. edit., by Balmanno Squire, p. 53.

2. Voy. Duhring, *A practical treatise on diseases of the skin*, Philadelphie, 1877, pages 181 et suivantes, et traduction de Barthélemy et Colson, Paris, 1883, p. 202-205 et suivantes.

grand service à la médecine en rattachant la plupart des eczémas à l'arthritisme, et Devergie a eu le mérite de montrer l'influence du lymphatisme et de la scrofule sur certaines formes bien déterminées. Mais Hébra, de son côté, a raison d'insister sur l'importance capitale du traitement externe. Nous pensons donc, avec Rayer, avec Devergie, avec Bazin, avec Hardy, avec Ernest Besnier [1], avec Vidal [2], avec Lailler [3], avec Guibout [4], etc., qu'il convient de ne pas négliger la thérapeutique générale des eczémas constitutionnels; mais, **dans notre opinion, c'est le traitement local qui doit toujours avoir la prépondérance** et c'est à lui que nous donnons la première place.

Dans les eczémas provoqués, le traitement local doit être seul mis en usage; dans les eczémas de cause interne, il faut lui associer une médication générale appropriée.

Mais, quelle que soit l'origine de l'eczéma, dans toutes ses formes étiologiques, il convient de ne pas oublier que cette affection est une *inflammation cutanée superficielle;* c'est contre l'inflammation aiguë ou chronique que doit être dirigé le traitement externe. Il est aussi très important de savoir s'inspirer de la marche, de la période et du siège de l'eczéma, comme de l'âge des eczémateux, pour modifier la médication suivant le cas.

Traitement local. *Eczéma aigu.* — Au début, quand la peau est rouge et suintante ou recouverte de croûtes molles et humides, le seul traitement à employer est l'application réitérée de matières pulvérulentes inertes. A toutes les poudres qui ont été proposées, nous préférons simplement l'*amidon*. A cette période, il importe beaucoup de s'abstenir des pommades, des cataplasmes et de tous les topiques humides; il faut éviter également toute application irritante. Les bains simples ou émollients, recommandés par quelques auteurs, doivent être proscrits, selon nous, au début de l'eczéma aigu et réservé pour les périodes ultérieures.

Lorsque le suintement a disparu et que les croûtes sont devenues sèches et adhérentes, il faut essayer de ramollir et de faire tomber les stratifications croûteuses et de modérer le processus inflammatoire.

1. Voy. E. Besnier, Notes à la traduction de Kaposi, Eczéma, *passim*.
2. Voy. E. Vidal, *Gazette des hôpitaux*, janvier et février 1880, et *Annales de dermatologie*, 25 avril, 1880, p. 289.
3. Voy. Lailler, *Leçons* recueillies par Cuffer, 1877, p. 33.
4. Voy. Guibout, *Leçons cliniques sur les maladies de la peau*, 1876, p. 118 et suivantes.

d'une façon continue, mais interrompues tous les trois ou quatre jours; on alternera alors avec des lotions émollientes, des cataplasmes d'amidon ou des pommades inertes (au calomel ou à l'oxyde de zinc) [1], pour ramollir l'épiderme et rendre à la peau sa souplesse normale.

Les *bains* entrent pour une grande part dans le traitement de l'eczéma chronique. Les bains d'amidon, les bains alcalins ou mieux alcalins amidonnés (150 grammes de carbonate de soude et 500 grammes d'amidon) sont ceux qui conviennent le mieux. Les bains de vapeur peuvent être utiles pour faire tomber les productions croûteuses, quand celles-ci sont très abondantes; les bains sulfureux, même faibles, et les bains salins gélatineux, conseillés par quelques auteurs, ne doivent être employés qu'avec beaucoup de circonspection.

Parmi les *eaux minérales naturelles*, les plus avantageuses, pour les bains, sont celles qui possèdent une faible minéralisation : *Royat*, pour les eaux alcalines, et *Saint-Gervais*, pour les eaux sulfureuses, sont les stations auxquelles il faut donner la préférence. Dans certains cas rebelles, les malades se trouveront également bien des eaux de *Loëche*. Les eaux sulfureuses de *Saint-Honoré* peuvent être employées dans les formes sécrétantes; mais nous conseillons surtout, dans cette station, l'usage des eaux *dégénérées* ou *modifiées*, c'est-à-dire de celles qui, par le contact de l'air, par le battage ou l'agitation, ont perdu une partie de leur sulfuration naturelle, grâce au dégagement de l'acide sulfhydrique libre. Les eaux thermales indifférentes, mais sédatives, comme *Plombières* et *Néris*, sont souvent utiles, principalement Néris, pour calmer les démangeaisons.

Pendant les poussées aiguës qui, de temps en temps, viennent traverser la marche de l'eczéma chronique, il faut revenir au traitement émollient, aux cataplasmes, aux poudres et aux pommades inertes, comme dans l'eczéma aigu.

Nous indiquerons plus loin les modifications du traitement local suivant la forme et le siège de l'éruption; mais, en faisant abstraction, pour l'instant, de ces modifications secondaires, nous croyons être utile à nos confrères en résumant, dans le tableau ci-dessous, le traitement local qui convient *le plus habituellement* à l'eczéma :

1. Suivant les formules que nous avons données précédemment (2 gr. pour 30).

A. — Eczéma aigu.

1° *Pendant la vésiculation et le suintement* : poudre d'amidon; s'abstenir des bains, des pommades, des cataplasmes et, d'une manière générale, de tous les topiques gras et humides.

2° *Quand les croûtes sont formées :* cataplasmes d'amidon cuit, refroidis; bains d'amidon avec modération.

3° *Pendant la desquamation :* pommades inertes d'après les formules suivantes :

℞	Oxyde de zinc	2 gr.
	Axonge	30
℞	Calomel	2
	Axonge	30
℞	Sous-nitrate de bismuth	3
	Axonge	30

Glycérolé d'amidon.
Bains d'amidon.

B. — Eczéma chronique.

Pommade à l'huile de cade :

℞	Huile de cade	4 gr.
	Axonge	30

Glycérolé cadique; huile de cade mitigée à parties égales avec l'huile d'amandes douces; huile de cade pure. Dans les formes rebelles, lotions avec la solution de sublimé corrosif à 1/100 ou à 1/200.

Bains d'amidon et bains alcalins amidonnés.

Traitement général. — *Eczéma aigu.* — Tout le traitement interne, dans l'eczéma aigu, doit consister à combattre l'état saburral des voies digestives et à atténuer, autant que possible, la réaction fébrile inflammatoire. Pour remplir ces indications, on prescrira des purgatifs légers et des laxatifs plus ou moins fréquemment renouvelés, des boissons délayantes, amères ou alcalines, une alimentation légère, l'abstention complète des boissons alcooliques et excitantes et des mets épicés. Le régime lacté partiel donnera de bons résultats. Le repos du corps et de l'esprit, une température douce et égale seront aussi très favorables.

Les préparations arsenicales doivent être, selon nous, absolument proscrites dans l'eczéma aigu; c'est seulement quand les phénomènes aigus ont disparu, quand la défervescence se prolonge et quand l'éruption menace de passer à l'état chronique, que l'arsenic peut être employé avec quelque utilité.

Eczéma chronique. — Le régime diététique doit tenir une aussi grande place dans le traitement de l'eczéma chronique que dans celui de l'eczéma aigu. Nous avons déjà suffisamment insisté sur le régime alimentaire qui convient aux sujets atteints d'une affection cutanée quelconque, pour n'avoir pas à y revenir de nouveau [1].

Mais, indépendamment des préceptes hygiéniques communs à toutes les espèces d'eczéma, *la thérapeutique interne des eczémas constitutionnels varie suivant les formes étiologiques.*

Aux eczémateux *scrofuleux* on prescrira le médicament antistrumeux par excellence, l'huile de foie de morue, à laquelle on pourra adjoindre utilement les préparations iodurées, ferrugineuses, phosphatées, chlorurées, sulfureuses et arsenicales : le sirop d'iodure de fer, les phosphates solubles de soude ou de potasse, le phosphate de chaux, les arséniates de fer ou de soude; les eaux de Salies-de-Béarn, de Salins, d'Uriage, de Luchon, de Saint-Honoré, de La Bourboule, de Saint-Nectaire, etc. Cette médication interne est également indiquée chez les sujets anémiques comme chez les scrofuleux; mais, chez les uns et les autres, elle doit être maniée avec beaucoup de prudence, car les eaux sulfureuses ou arsenicales fortes peuvent déterminer des poussée aiguës, qui obligent quelquefois de cesser ou, au moins, de suspendre leur usage.

Dans l'eczéma d'origine *arthritique*, il faut employer les préparations alcalines. Non pas que nous pensions, avec certains auteurs, que la médication alcaline soit une médication spécifique pour l'arthritisme, comme le mercure ou l'iodure de potassium pour la syphilis. Nul ne peut prétendre guérir un eczéma, chez un rhumatisant ou chez un goutteux, avec les alcalins seuls, administrés à l'intérieur; mais il faut reconnaître que les préparations alcalines modifient heureusement la constitution des arthritiques et peuvent servir d'adjuvant précieux au traitement local.

Cependant, ce n'est pas indifféremment chez tous les arthritiques

1. Voy. ci-dessus, *Thérapeutique générale des maladies de la peau*, p. 189.

qu'on peut prescrire la médication alcaline interne. L'usage longtemps prolongé des alcalins à haute dose est contre-indiqué chez les rhumatisants de faible constitution; il faut même chez eux, de temps en temps, conseiller les préparations reconstituantes, les eaux ferrugineuses ou toniques et alcalines à la fois (l'eau de Vals sources Saint-Jean et Rigolette, ou l'eau de Bussang), particulièrement chez les malades qui sont en même temps atteints de dyspepsie. Les sources sulfureuses faibles de Luchon et les eaux de Bagnères-de-Bigorre sont aussi parfois efficaces chez certains arthritiques débiles.

C'est aux arthritiques goutteux ou rhumatisants, d'une forte constitution, que convient surtout la médication alcaline. Les eaux de Royat, les eaux de Vichy, celles-ci en boisson seulement, l'eau bicarbonatée artificielle (4 grammes de bicarbonate de soude pour un litre d'eau) donnent généralement de bons résultats. Le sirop alcalin :

℞	Bi-carbonate de soude.....	10 à 12 gr.
	Sirop simple.....	250

à la dose d'une cuillerée à soupe, tous les matins, dans une tasse de tisane de pensées sauvages, de houblon ou de saponaire, sera également utile. Les eaux sulfureuses faibles, comme Saint-Gervais, peuvent aussi, chez ces malades, être employées quelquefois avec avantage, notamment dans les eczémas fluents.

L'*arsenic*, dont Bazin faisait le spécifique de l'eczéma herpétique et qu'Hardy prescrit à tous les eczémateux, n'est indiqué qu'*à la dernière période de la maladie*. Nous avons déjà dit ce que nous pensions de l'action de l'arsenic, que nous considérons seulement comme un médicament reconstituant et un puissant modificateur de l'épiderme. Mais la médication arsenicale ne possède aucune influence spécifique; on peut l'employer dans tous les eczémas constitutionnels, de quelque nature qu'ils soient.

Les préparations arsenicales les plus usitées sont la *liqueur de Fowler*, la *liqueur de Pearson* (cinq fois moins forte de celle de Fowler), la solution arsenicale de Devergie [1], les granules de Dioscoride (acide arsénieux), l'eau de La Bourboule et de la source *Dominique* de Vals.

1. Solution arsenicale de Devergie :

℞	Ac. arsénieux..... } ãã.....	225 milligr.
	Carbonate de potasse. }	
	Eau distillée.....	500 gr.
	Alcoolat de mélisse.....	16

1 gramme correspond à 1 goutte de liqueur de Fowler.

Modifications du traitement local selon les variétés. — *Eczéma fendillé ou craquelé.* — S'il y a du suintement, il faut se contenter de la poudre d'amidon ; quand les fissures sont sèches, on peut appliquer des cataplasmes de fécule, la pommade à l'oxyde de zinc ou mieux la pommade au tannin. Si celle-ci est un peu irritante, il faut lui substituer la pommade au sous-acétate de plomb [1].

Eczéma rubrum aigu. — Le traitement consiste exclusivement dans le repos et l'application de poudre d'amidon ; s'abstenir des bains de toute sorte.

Eczéma de la tête. — Quand les cheveux sont coupés, il faut faire tomber les croûtes avec une calotte de caoutchouc ou des cataplasmes, puis faire des onctions avec la pommade à l'huile de cade ou l'huile de cade mitigée.

Eczéma de la barbe. — Faire tomber les croûtes avec des cataplasmes ou l'application du caoutchouc ; ensuite, application d'huile de cade. Quand ce traitement ne réussit pas, il faut, suivant le conseil de E. Besnier, pratiquer l'épilation associée à des pulvérisations émollientes et à des douches locales tièdes ; une ou deux épilations suffisent.

Eczéma des paupières. — Les lotions émollientes à l'eau de guimauve, la glycérine, les cataplasmes d'amidon appliqués pendant la nuit conviennent aux cas bénins et récents. Dans les eczémas rebelles et anciens il faut prescrire la pommade au calomel ou au tannin ; on est parfois obligé d'arracher les cils et de toucher le bord des paupières avec le crayon de sulfate de cuivre ou la solution saturée d'acide borique (Duhring).

Eczéma du conduit auditif externe. — Injections émollientes pour détacher les croûtes ; en second lieu, application légère, avec un pinceau de blaireau, d'huile de cade mitigée, pour modifier les surfaces malades ; introduire ensuite dans l'oreille un petit tampon de ouate. A la période squameuse, employer la pommade à l'oxyde de zinc.

Eczéma orbiculaire des lèvres. — Commencer par un traitement émollient : les lotions d'eau de guimauve, le glycérolé d'amidon, la pommade rosat ; employer ensuite la pommade à l'oxyde de zinc, puis, avec prudence, des préparations plus énergiques : la pommade au tannin

1. ℞ Sous-acétate de plomb liquide. } āā..... 8
Glycérine..... }
Axonge..... 30

(1 à 2 grammes pour 30), les solutions faibles d'alun ou de borax (1 gr. pour 30 d'eau).

Eczéma des narines. — La pommade à l'oxyde de zinc, celle au calomel et celle au tannin, suivant les cas, donnent de bons résultats.

Eczéma de l'anus. — Le traitement qui convient par excellence à l'eczéma de l'anus est l'application de l'huile de cade pure. Nous avons, par ce moyen, guéri les eczémas les plus invétérés, quelquefois en moins de huit jours. Quand il y a des fissures, il faut les toucher légèrement avec un cristal de sulfate de cuivre et appliquer la pommade au calomel, celle au tannin ou celle à l'extrait de ratanhia (4 grammes pour 30). Les démangeaisons sont assez bien calmées par des lotions avec la solution suivante :

℞ Hydrate de chloral		6
Eau.....	} ãã	100
Glycérine.		

Eczéma scrotal et vulvaire. — Les bains d'amidon fréquemment répétés, les pommades au calomel ou au tannin et surtout l'huile de cade mitigée, la pommade à l'huile de cade ou le glycérolé cadique conviennent parfaitement à cette forme si pénible et si rebelle.

Eczéma des plis articulaires. — L'huile de cade, qui réussit si bien dans la plupart des variétés d'eczéma, échoue souvent dans l'eczéma des articulations. Le traitement qui nous a semblé le meilleur consiste dans des lotions avec la solution de sublimé à 1/100 ou à 1/200. Ces lotions doivent être faites une seule fois par jour; dans l'intervalle, il faut appliquer, en permanence, la pommade au calomel.

Eczéma palmaire et plantaire. — Cette variété, très tenace, est heureusement modifiée par les applications de savon noir ou d'onguent diachylon, suivant la méthode d'Hébra. La pommade au diachylon est assez efficace, également, dans l'*eczéma variqueux.*

L'*eczéma des ongles* doit être traité par les applications d'huile de cade.

L'*eczéma des muqueuses* demande ordinairement un traitement émollient (eau de guimauve). Dans l'eczéma du vagin, on peut employer les poudres inertes et même les lotions astringentes.

Quelle que soit la variété d'eczéma qu'on ait à traiter, et quel que soit le traitement qu'on institue, il faut s'armer de patience, savoir que

la cure de l'eczéma exige une attention minutieuse et des soins constants; il faut surtout ne pas changer trop facilement de traitement et attendre, pour modifier la médication, s'il y a lieu, que le premier traitement ait eu le temps de produire ses effets.

N. B. Voir les planches en chromolithographie de l'eczéma, à la fin du volume:

Planche IV, fig. 2;
Planche V, fig. 1 et 2;
Planche VI, fig. 1.

DEUXIÈME GENRE

HERPÈS

Etymologie. — De ἑρπης, ἑρπειν, ramper, s'étendre en rampant.

Synonymie. — *Herpès*, Lorry, Willan, Cazenave et Schedel, Rayer, Gibert, Devergie, Bazin, etc.; *dartre phlycténoïde* et *olophlyctide*, Alibert.

Historique.

La signification du mot *herpès* a beaucoup varié suivant les époques et suivant les auteurs, et ce terme a servi successivement à désigner plusieurs affections cutanées qui diffèrent complètement de celle qu'on connaît aujourd'hui sous ce nom; c'est pourquoi nous croyons inutile de rapporter les définitions des auteurs grecs et romains et des écrivains du moyen âge [1]. Et même, parmi les dermatologistes du XVIIIe siècle, Lorry (1777) est le seul dont la description se rapproche un peu des opinions contemporaines sur l'herpès [2]; *Sauvages* (1768) [3], sous la dénomination d'herpès, désigne certaines variétés d'eczéma, et *Plenck* (1783) [4] confond, sous ce titre, des éruptions multiples qui ressemblent, d'après sa description, à l'eczéma, à l'impétigo, au prurigo, à l'acné et même au lupus.

Willan [5] est le premier qui donne au mot « herpès » un sens précis,

1. Pour cet historique, voy. le *Traité pratique des maladies de la peau*, par Gibert. 3e éd., 1860, p. 204, 205 et 206.
2. Voy. Lorry, *Tractatus de morbis cutaneis*. Parisiis, 1777.
3. *Nosologia methodica*, t. I, p. 132.
4. Voy. *Doctrina de morbis cutaneis*. Viennæ, 1783.
5. Voy. *Delineations of cutaneous Diseases*. London, 1817.

et *Bateman* [1], son disciple, définit l'herpès : une éruption constituée par des vésicules « qui se réunissent entre elles de manière à former des pelotons bien séparés les uns des autres. Ceux-ci s'élèvent d'une manière successive et présentent à leur base une inflammation... La lymphe contenue dans les vésicules, qui est, dans le principe, claire et sans couleur, s'épaissit progressivement, devient laiteuse et finit par se transformer en croûtes. » Bateman admet et décrit les formes suivantes : 1° *herpès phlyctænodes*, variété acceptée par la plupart des dermatologistes et qui mérite d'être conservée ; 2° *herpès zoster ;* 3° *herpès circinatus* ou anneau vermiculaire ; 4° *herpès labialis ;* 5° *herpès præputialis* (cette variété n'avait pas été signalée par Willan) ; 6° *herpès iris.*

Alibert, dans son premier ouvrage [2], décrit l'herpès comme une espèce de dartre, la *dartre phlycténoïde*, et lui reconnaît deux variétés : 1° la dartre phycténoïde confluente (dartre miliaire de certains auteurs), qui répond à peu près à l'herpès phlycténoïde de Willan ; 2° la dartre phlycténoïde en zone (zona ou herpès zoster).

Dans la *Monographie des dermatoses* [3], Alibert distingue le zoster comme un genre spécial ; il donne à l'herpès proprement dit le nom d'*olophlyctide* et lui décrit cinq espèces : 1° l'olophlyctide miliaire (ou phlycténoïde), comprenant aussi l'herpès circinatus et iris ; 2° l'olophlyctide volatile (ou feu de dents des enfants) ; 3° l'olophlyctide prolabiale (herpès labialis des autres auteurs) ; 4° l'olophlyctide progéniale (herpès génital des dermatologistes contemporains) ; 5° l'olophlyctide hydroïque (sous ce nom, Alibert désigne les sudamina, auxquels on donnait aussi, à cette époque, le nom d'hydroa).

Rayer [4], à l'exemple de Willan et Bateman, désigne sous le nom d'herpès « un genre de phlegmasies cutanées, non contagieuses, caractérisé par des groupes de vésicules, enflammés à leur base, distincts, séparés par des intervalles où la peau reste saine, et dont la dessiccation individuelle a lieu dans l'espace d'un à deux septenaires. » Rayer classe les diverses espèces d'herpès d'après l'arran-

1. Voy. Bateman, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, trad. Bertrand, 1820, p. 274 et 275.
2. Voy. Alibert, *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau*, 2e éd., 1822, t. I, p. 295.
3. Voy. *Monographie des dermatoses*, 2e éd., 1835, p. 59 et 88.
4. Voy. Rayer, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 2e éd., 1835, t. I, p. 330.

gement des groupes vésiculeux, d'après leur siège et d'après la couleur du limbe qui les entoure; il décrit séparement : 1° l'herpès zoster ou zona; 2° l'herpès phlyctenoïde; 3° l'herpès circinatus, dont on ignorait alors la nature parasitaire; 4° l'herpès labialis; 5° l'herpès præputialis; 6° les herpès vulvaris, auricularis, palpebralis, etc.; 7° l'herpès iris.

Cazenave et *Schedel* [1], élèves de Biett, adoptent aussi la définition et le classement de Willan; ils établissent les espèces et les variétés d'après la forme et le siège des groupes vésiculeux : herpès phlyctenoïdes; herpès labialis; herpès præputialis; herpès zoster; herpès circinatus (Ringworm des Anglais); herpès iris.

Gibert [2] admet et décrit l'herpès labialis, l'herpès zoster, l'herpès phlycténodes, l'herpès præputialis, l'herpès circinatus et l'herpès iris. Ce sont les six variétés de Bateman; mais Gibert, mettant à profit les recherches de Bazin, reconnaît, avec ce dernier auteur, la nature parasitaire et tricophytique de l'herpès circiné; cependant il incline à penser qu'il existe aussi un herpès circiné non parasitaire.

Devergie [3], après avoir critiqué les opinions de ses devanciers relativement à l'herpès, trace de cette affection une description singulière, confuse, pleine d'erreurs et de contradictions. Il voudrait retrancher du cadre de l'herpès le zona, l'herpès phlyctenoïde et l'herpès iris; on verra plus loin qu'il a raison pour l'herpès iris, qu'on doit décrire comme un genre spécial, sous le nom d'hydroa; mais l'herpès phlycténoïde est, au contraire, le type de l'herpès, et, si l'on veut retrancher cette variété, il vaudrait mieux supprimer tout à fait le genre herpès.

Devergie divise arbitrairement les herpès en deux groupes : 1° les herpès à petites vésicules, comprenant les variétés suivantes : h. circiné, h. nummulaire, h. du bout du nez et de la pulpe des doigts, h. tonsurant, h. crétacé; et les herpès composés : eczémateux, lichénoïde, pemphigoïde, psoriasiforme, rupiforme, lupiforme; — 2° les herpès à grosses vésicules, comprenant le zona, la phlycténoïde, l'h. labial, l'h. préputial, l'h. iris, l'h. en traînées.

La classification de Devergie est passible de nombreuses objections.

1. Voy. Cazenave et Schedel, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, 3e éd., 1838, p. 113 et suivantes.
2. Voy. Gibert, *loc. cit.*, p. 208 et suivantes, p. 219 et 220.
3. Voy. Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, 2e éd., 1857, p. 267 et suivantes.

Les herpès circiné, nummulaire et tonsurant sont des affections parasitaires, des formes de la trichophytie cutanée, ainsi que l'a montré Bazin; l'herpès crétacé est une variété de lupus (lupus acnéique de Bazin). Quant à l'herpès du bout du nez et de la pulpe des doigts, cette affection, que nul autre que Devergie n'a observée, ne présente, d'après la description même de l'auteur, aucun des caractères de l'herpès. Les formes composées sont toutes, excepté l'herpès lichénoïde, décrit par Alibert, le résultat des observations personnelles de Devergie; mais, à cet égard, nous partageons l'opinion de Bazin : « Ces formes composées doivent être considérées non comme des herpès, mais comme des eczémas, des lichens, des lupus, des psoriasis, etc., revêtant une marche herpétiforme, envahissante du centre à la circonférence [1]. »

On voit qu'il ne reste rien des variétés d'herpès à petites vésicules admises par Devergie. Parmi les herpès à grosses vésicules, le zona, l'h. phlycténoïde, l'herpès labial, l'h. préputial sont des espèces admises par tous les auteurs; l'herpès en traînées ne mérite pas d'être décrit comme une espèce particulière : c'est une variété tantôt du zona, tantôt de l'herpès phlycténoïde.

Devergie admet, de plus, un herpès syphilitique; mais, sous ce nom, il décrit des syphilides circinées qui n'ont rien de commun avec l'herpès proprement dit [2].

Bazin [3] définit l'herpès, comme Willan, comme Rayer, « une affection cutanée caractérisée par des vésicules groupées les unes à côté des autres sur une surface rouge et enflammée, donnant naissance. par la dessiccation du liquide qu'elles contiennent, à des croûtes qui laissent à leur suite soit des maculatures rougeâtres, soit des ulcérations marchant rapidement vers la guérison. »

Bazin montre justement que, sous le nom d'herpès iris, les auteurs précédents, Cazenave et Schedel, Gibert etc., ont décrit un herpès parasitaire qui n'est qu'une modification et une dégénération de l'herpès circiné; cet herpès iris trichophytique est un herpès à vésicules imperceptibles, tout différent de l'iris de Bateman, dont les vésicules sont plus grosses que celles de l'herpès phlycténoïde. L'herpès iris.

1. Voy. Bazin, *Leçons théor. et pratiques sur les affections génériques de la peau*, 1862, p. 97.
2. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 683.
3. *Loc. cit.*, p. 79, 105 et suivantes.

décrite par Baman, est une variété de l'hydroa aigu (hydroa vésiculeux).

La classification de Bazin comprend deux classes d'herpès : des herpès de cause externe et des herpès de cause interne.

Les herpès de *cause externe* sont : 1° les herpès *parasitaires :* circiné simple, iris (ou à anneaux multiples) et nummulaire; 2° les herpès *artificiels :* labialis, præputialis, vulvaris.

Les herpès de *cause interne* sont les herpès zoster et phlycténoïde, formes aiguës tantôt idiopathiques, tantôt arthritiques et tantôt dartreuses, et les herpès labialis, præputialis et vulvaris; ces trois dernières variétés, d'après Bazin, sont idiopathiques ou pseudo-exanthématiques dans leur forme aiguë, et constitutionnelles (arthritiques ou dartreuses) dans leur forme chronique. L'hydroa est un genre à part, voisin de l'herpès, quelquefois aigu, mais le plus souvent successif et chronique, et qui constitue toujours une affection arthritique.

M. Guibout [1] propose une classification étiologique qui diffère notablement de celle de Bazin. Il admet : 1° un herpès de cause externe (labialis, nasalis, præputialis, vulvaris), qui est le résultat d'une irritation locale quelconque; 2° un herpès idiopathique de cause interne, pseudo-exanthématique, ou *fièvre herpétique*, dont il reconnaît trois variétés : le zona, qui, d'après lui, est « une maladie essentielle, une pyrexie, une véritable fièvre éruptive [2] »; l'herpès phlycténoïde disséminé, et l'herpès circiné idiopathique (non parasitaire); 3° un herpès critique, dont l'individualité ne nous semble pas démontrée; 4° un herpès symptomatique chronique, qui présenterait trois formes : l'herpès dartreux (herpès successif, herpès récidivant), l'herpès syphilitique et l'herpès circiné parasitaire. Le quatrième groupe de cette classification tout à fait artificielle est inadmissible : la syphilide vésiculeuse n'est pas un herpès, l'herpès dartreux ou herpétique n'a pas de caractères propres, l'herpès circiné est une forme de la trichophytie et, si l'on veut le maintenir dans le genre herpès, c'est parmi les herpès de cause externe qu'il faut le placer.

Hébra [3] adopte la définition de Willan et insiste avec raison sur ce caractère de l'herpès, à savoir que l'éruption n'est jamais disséminée

1. Voy. *Leçons cliniques sur les maladies de la peau*, 1876, p. 347.
2. Voy. Guibout, *loc. cit.*, p. 336.
3. Voy. Hébra, *Traité des maladies de la peau*, trad. A. Doyon, p. 363.

sur des surfaces considérables de la peau, mais toujours au contraire limitée à certaines régions définies.

Il divise le genre herpès en quatre variétés qu'il décrit séparément : 1° l'herpès labialis, ou mieux *facialis;* 2° l'herpès præputialis, ou mieux *progenitalis;* 3° l'herpès zoster; 4° l'herpès iris et circinatus.

Hébra rejette l'existence de l'herpès phlyctenodes, dont il fait un zona partiel survenant principalement sur les membres.

Il considère l'herpès circiné comme une conséquence de l'herpès iris et rapproche ces deux formes de l'érythème annulaire et de l'érythème iris; bien plus, toutes ces maladies, d'après lui, se correspondent d'une manière si parfaite dans leur marche, dans leur mode de développement et dans leur siège, qu'il est tenté de les considérer toutes comme des modifications du même genre pathologique. L'herpès iris et l'herpès circinatus ne devraient donc pas, d'après Hébra, être conservés comme espèces distinctes [1].

Neumann [2], élève d'Hébra, suit les doctrines de son maître et reproduit sa définition : « L'herpès est une affection aiguë de la peau, à cycle défini, caractérisée par la formation, sur une surface érythémateuse et enflammée, de groupes de vésicules ou de bulles à contenu séreux, purulent ou sanguinolent. »

Neumann range l'herpès dans les inflammations vésiculeuses (ou phlycténoïdes) et distingue cinq variétés : 1° l'herpès facialis ou labialis; 2° l'herpès progenitalis ou præputialis; 3° l'herpès iris; 4° l'herpès circiné; 5° l'herpès zoster.

Il passe sous silence l'herpès phlycténoïde, mais il mentionne une variété décrite par Dunkan Bulkley [3] : l'*herpès gestationis.*

L'herpès circiné, pour Neumann comme pour Hébra, n'est qu'une variété de l'herpès iris.

Kaposi [4] décrit l'herpès parmi les phlycténoses et adopte les quatre variétés admises par Hébra : 1° l'herpès zoster; 2° l'herpès préputial ou progénital; 3° l'herpès labial ou facial; 4° l'herpès iris et circiné. Il identifie l'herpès iris et circiné avec les érythèmes du même nom et considère toutes ces affections comme des variétés de l'érythème ex-

1. Voy. ci-dessus, *Erythème polymorphe*, p. 241 et 243.
2. Voy. Neumann, *Traité des maladies de la peau,* trad. Darin, 1880, p. 176 et suivantes.
3. Voy. *American journal of obstetr.*, feb. 1874.
4. Voy. Moritz Kaposi, *Leçons sur les maladies de la peau*, trad. E. Besnier et Doyon, 1881, t. I, p. 407 et suivantes.

sudatif multiforme; cependant il admet aussi un herpès circiné parasitaire [1].

Ernest Besnier, dans les notes qui accompagnent la traduction de Kaposi, rejette l'existence de l'herpès iris, dont il fait, à l'exemple d'Hébra et de Kaposi, une variété de l'érythème exsudatif multiforme vésiculeux. Il proteste également contre la dénomination d'herpès donnée abusivement aux lésions trichophytiques de la peau.

L'affection, qu'on appelle vulgairement herpès circiné, n'est pas un herpès; c'est une dermite parasitaire circinée, à évolution excentrique, qui peut, dans certains cas ou dans certaines régions, prendre le caractère vésiculeux.

Erasmus Wilson, dans son premier ouvrage (1864) [2], décrit comme formes aiguës : l'herpès zoster, l'h. phlyctenoides, l'h. labialis, l'h. præputialis, l'h. palpebralis, l'h. nasalis, l'h. auricularis, l'h. pudendalis (herpès vulvaire), et, comme formes chroniques : l'herpès circinatus et l'h. iris.

Pour Wilson, toutes les variétés d'herpès peuvent être considérées comme formant deux groupes : le groupe nerveux (*neurotic group*), dont le type est l'herpès zoster, et le groupe phlycténoïde (*phlyctenoïd group*), représenté par l'herpès phlyctenoïdes.

Dans son deuxième ouvrage (1871) [3], Erasmus Wilson insiste encore davantage sur l'origine nerveuse de l'inflammation cutanée qui constitue l'herpès. Il divise les formes de l'herpès en deux groupes, suivant que l'éruption siège sur le trajet des troncs et des gros rameaux nerveux ou sur les ramuscules périphériques. Le premier groupe (*trunk group*) comprend : l'herpès facialis (ophthalmicus, maxillaris superioris, maxillaris inferioris), l'herpès cervicalis, l'herpès humeralis, l'herpès intercostalis *seu* zoster, l'herpès lumbalis, l'herpès cruralis. Le second groupe (*ramuscular group*) renferme les herpès labialis, nasalis, palpebralis, auricularis et progenitalis.

Neligan et *Belcher* [4] essayent de simplifier la classification de l'herpès; ils reconnaissent que cette affection présente une grande variété

1. Voy. Kaposi, trad. Besnier et Doyon, *loc. cit.*, p. 437.
2. Voy. Erasmus Wilson, *The student's Book of cutaneous medicine and diseases of the skin*, London, 1864, t. I, ch. V, BULLOUS AFFECTIONS, p. 171.
3. Voy. Erasmus Wilson, *Lectures on dermatology*, London, 1871. (PHLYCTENOUS AFFECTIONS, p. 66.)
4. Voy. J. Moore Neligan's, *Practical treatise on diseases of the skin*, second ed., revised and enlarged by T.-W. Belcher, Dublin, 1866, p. 118.

de rmes, mais ils pensent aussi que c'est compliquer son histoire
q multiplier les subdivisions. Ils ne reconnaissent que trois
l'herpès : l'herpès phlyctenodes, l'herpès zoster et l'herpès
s.
'herpès phlycténoïde ils font rentrer, comme variétés : l'h. la-
l'h. auricularis, l'herpès præputialis et l'h. pudendalis de la

tachent à l'herpès circiné l'herpès tonsurant du cuir chevelu
capitis) et admettent l'origine parasitaire et la nature conta-
giu ces deux affections.

Fo définit l'her e maladie caractérisée par la pré-
sence de vésicules plus larges celles de l'eczéma, disposées par
groupes et reposant sur enflammée. Il mentionne l'*herpès*
généralisé fébrile (*acute gener ès*), dont plusieurs cas ont été rap-
portés par le docteur Coutagne Lyon) [2], et décrit comme formes
d'*herpès localisé :* l'herpès la s, l'herpès præputialis, l'herpès
zo a z pès circina (*tinea circinata*), dont il admet la
n l'herpès impetiginiformis d'Hébra,
bservation empruntée au mémoire
c a *The Lancet* [3].
ans le genre herpès : l'herpès fé-
brile, erpès iris ou hydroa vésiculeux.

L'herpès fébrile comprend les variétés suivantes : herpès facialis; herpès progenitalis; herpès gestationis de Milton et Bulkley (herpès impetiginiformis ou impétigo herpétiforme d'Hébra).

On voit, par les citations des auteurs précédents, que tous les dermatologistes sont d'accord pour reconnaître à l'herpès une existence propre; seul *M. Hardy* refuse à cette éruption une place spéciale dans le cadre nosologique [5]. Pour lui, l'herpès simple, qui est le type de la maladie, n'existe pas et n'est qu'une abstraction; le zona est une *maladie spéciale*, caractérisée par la coexistence d'une éruption et d'une

1. Voy. Tilbury Fox, *Skin diseases*, third edition, London, 1873, p. 200 et suivantes.
2. *De l'herpès généralisé fébrile*, Paris, 1871.
3. Voy. *The Lancet* of march 23rd. 1872.
4. Voy. Duhring, *Practical Treatise on Diseases of the skin*, Philadelphia, 1877, p. 216 et suivantes, et trad. Barthelemy et Colson, Paris, 1883, p. 244 et suivantes.
5. Voy. Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 2e partie, 1859, p. 158 et suivantes.

ralgie; l'herpès phlycténoïde est un zona des membres; l'herpès génial est un eczéma, et c'est la seule différence du siège qui donne et eczéma les caractères particuliers qu'il présente; l'herpès labialis est un phénomène secondaire, parfois critique, toujours sympatique d'une autre affection fébrile, et qui n'existe jamais seul. Hardy ajoute que l'herpès vulvaire n'est pas toujours une variété czéma et qu'il peut, à l'époque de la menstruation, coexister avec erpès labialis, en offrant les mêmes caractères que lui.

L'opinion de M. Hardy a été justement critiquée par Bazin; nous isons en effet qu'il est impossible de supprimer le genre *herpès*. is, par contre, M. Hardy a raison de placer l'herpès circiné et erpès tonsurant, qui ne sont pas des herpès, dans un groupe partier, celui des maladies parasitaires trichophytiques.

Définition. Description générale et classification.

uivant la définition de Willan et Bateman, de Rayer, de Bazin et lébra, nous désignons sous le nom d'herpès un genre de dermatoses ammatoires vésiculeuses, dans lequel les vésicules, plus volumises que celles de l'eczéma, sont réunies par groupes distincts, arés par des intervalles de peau saine et reposant sur une base lammée.

L'éruption est quelquefois annoncée par quelques symptômes éraux précurseurs; mais souvent aussi elle apparaît sans aucun drome. Elle est ordinairement, mais non toujours, précédée d'une sation de prurit et de cuisson, quelquefois de véritables picotents et même de douleurs lancinantes (dans le zona). La peau gît et se tuméfie légèrement sur les points que doivent occuper groupes vésiculeux. Ceux-ci apparaissent parfaitement isolés et s ou moins distants les uns des autres; leur configuration est plus souvent arrondie, quelquefois irrégulière ou sous forme de née, suivant la remarque de Devergie. Les vésicules qui les consent, d'abord petites et miliaires, s'accroissent rapidement pour eindre, à leur période d'état, un volume qui varie de la grosseur ne tête d'épingle à celle d'un petit pois. Ces vésicules, bien qu'agmérées, sont distinctes, à leur origine, dans chaque groupe; on uve même, parfois, quelques vésicules solitaires dans les espaces séparent les groupes herpétiques.

Le liquide qui remplit les vésicules est d'abord clair et transparent; mais du troisième au sixième jour (Bazin) il se trouble et devient opaque. Tantôt les vésicules se rompent spontanément ou accidentellement, en laissant échapper l'humeur qu'elles contiendent, et sont remplacées d'emblée par une exulcération : ce mode de terminaison est fréquent aux parties génitales; — tantôt l'humeur se concrète, les vésicules se dessèchent sans s'ouvrir et donnent lieu à des croûtes jaunâtres, qui tombent au bout de sept à huit jours et laissent, après elles, soit une simple rougeur de la peau, quelquefois assez longue à disparaître, soit une légère desquamation épidermique, soit une ulcération superficielle qui se cicatrice rapidement.

Chaque groupe de vésicules parcourt ses périodes en une dizaine de jours environ; mais l'évolution totale de la maladie peut être beaucoup plus longue, à cause de l'apparition successive de nouveaux groupes éruptifs.

Les variétés de l'herpès ont été beaucoup trop multipliées, à notre avis. Il n'y a aucune raison pour considérer comme des espèces particulières l'herpès labialis, l'herpès præputialis, l'herpès palpebralis, etc., car les classifications d'après le siège de l'éruption ne reposent sur aucune base scientifique.

D'autre part, nous pensons qu'on doit retrancher de l'histoire de l'herpès les formes parasitaires décrites sous le nom d'*herpès circiné*, que nous rangeons, à l'exemple de M. Hardy, dans la classe des *éruptions trichophytiques* [1]. Nous éliminons également l'*hydroa* ou herpès iris, qui doit être envisagé comme un *genre spécial*, ainsi que l'a montré Bazin [2].

Nous admettons les autres espèces d'herpès décrites par les auteurs, et, ayant égard surtout à leur étiologie, nous les classons de la manière suivante :

1° L'*herpès phlycténoïde* ou herpès essentiel : cette espèce, qui est le type du genre, peut être désignée aussi sous la dénomination de *fièvre herpétique;*

1. Cette opinion est également celle de Ernest Besnier. Voy. Notes à la traduction de Kaposi, t. I, p. 438.
2. Voy. Bazin, *Affections génériques de la peau*, 1862, p. 108 et 128.

2° Le *zona* ou *herpès zoster*, dont la pathogénie est aujourd'hui assez bien connue;

3° L'*herpès symptomatique*, qui survient comme épiphénomène, le plus souvent autour de la bouche ou à l'orifice des narines, dans le cours d'un grand nombre de maladies fébriles : embarras gastrique, pneumonie, méningite cérébro-spinale, etc.;

4° L'*herpès de cause externe*, provoqué par les irritations extérieures, mais favorisé aussi, dans son développement, comme toutes les dermatoses artificielles, par la constitution spéciale de l'individu. Cette espèce comprend en première ligne l'herpès génital.

Nous nous hâtons de reconnaître que la séparation de ces différentes espèces est quelquefois arbitraire. Il y a des cas, par exemple, où le zona, ainsi que le dit très justement Guibout [1], se présente comme une affection éruptive fébrile, avec tous les caractères d'un pseudo-exanthème; ces formes de zona pourraient être légitimement rattachées à la fièvre herpétique (herpès phlyctenoïdes). Il existe aussi des cas d'herpès labial ou facial, accompagnés de fièvre et d'embarras gastrique, et dans lesquels il est assez difficile de dire si l'herpès est symptomatique de l'embarras gastrique ou si celui-ci est, au contraire, une manifestation de la fièvre herpétique. Mais, en tenant compte de ces restrictions, dont nous ne méconnaissons pas la valeur, nous pensons que notre *classification étiologique* est supérieure à toutes celles qui ont été proposées jusqu'ici.

Description des espèces.

I. — Herpès phlycténoïde [2].

Synonymes. — *Herpès phlycténoïde*, *herpès miliaire* des auteurs. — *Olophlyctide miliaire* d'Alibert. *Herpès exedens* de Russel.

Fièvre herpétique. — *Herpès en groupes disséminés.*

Définition et description. — L'herpès phlycténoïde est une affection aiguë, exanthématique, ordinairement précédée, pendant deux ou

1. Voy. Guibout, *Leçons sur les maladies de la peau*, 1876, p. 350.
2. Le terme de phlyctène étant devenu synonyme de celui de bulle, il est fâcheux qu'on n'ait pas conservé à cette espèce l'ancienne dénomination d'*herpès miliaire*, au lieu du nom d'herpès phycténoïde consacré par l'usage depuis Willan.

trois jours, et accompagnée d'un léger mouvement fébrile et de quelques symptômes généraux passagers, tels que malaise, anorexie, courbature, etc.

Mais, dans quelques cas, les symptômes d'invasion acquièrent une intensité extraordinaire et ressemblent aux phénomènes généraux qui caractérisent le début de certaines fièvres graves; la température peut atteindre 40°; on observe même quelquefois du délire. Ces symptômes exceptionnels, d'une allure inquiétante, qui peuvent, avant l'éruption, donner lieu à de graves erreurs de diagnostic, durent deux ou trois jours et s'amendent notablement ou cessent tout à fait quand l'éruption se manifeste.

Les vésicules, dont l'apparition est précédée souvent de prurit, de chaleur ou de cuisson sur les surfaces cutanées qu'elles doivent recouvrir, sont disposées par groupes, avec les caractères que nous avons assignés précédemment à l'herpès en général. Ces groupes siègent indistinctement et à la fois sur les deux côtés du corps, sans ordre et sans aucun rapport avec la distribution des nerfs cutanés. Le volume des vésicules varie entre celui d'un grain de millet et celui d'une petite perle (Rayer). La largeur des groupes vésiculeux est très variable aussi; ordinairement comparable au diamètre d'une pièce de 50 centimes, de 1 franc ou de 2 francs, elle atteint rarement les dimensions d'une pièce de 5 francs.

L'éruption siège de préférence sur la face (sur les joues, le nez, les paupières et les oreilles), sur le cou, sur la poitrine et sur les bras; mais on peut l'observer sur toutes les régions du corps. Il est rare cependant que l'herpès phlycténoïde occupe une grande étendue de la surface cutanée et plusieurs parties en même temps [1], bien qu'on trouve dans l'ouvrage de Rayer [2] une observation de cette forme d'herpès développée, à la fois, sur le tronc, la face et les membres inférieurs.

Suivant son siège, l'éruption a reçu des noms différents : herpès *labialis*, *nasalis*, *palpebralis*, *auricularis*, etc. C'est la même affection qui se développe fréquemment sur les muqueuses de la bouche et de la gorge et qui constitue l'angine herpétique et, peut-être aussi, la stomatite dite *aphtheuse*. Sur les muqueuses, les vésicules, une fois rompues, se présentent avec des caractères différents de ceux de

1. Voy. Gibert, *loc. cit.*, 2e éd., Paris, 1839, p. 153.
2. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 359.

l'herpès cutané, à cause de la texture particulière des parties sur lesquelles elles reposent et des sécrétions qui les baignent constamment. Mais il n'est pas très rare d'observer, en même temps, sur le même sujet, une angine herpétique (ou couenneuse commune), des vésicules, ou les exulcérations qui leur succèdent, à la face interne des lèvres, et enfin une éruption d'herpès labial et facial. De sorte que, dans ces cas complexes, il est impossible de ne pas admettre l'identité de nature et d'origine de toutes ces manifestations éruptives, et c'est pourquoi nous pensons que l'herpès phlycténoïde est une fièvre exanthématique spéciale, à laquelle il convient de donner le nom de *fièvre herpétique* [1].

Les groupes vésiculeux qui constituent l'herpès phlycténoïde ne suivent pas une marche différente de celle de toutes les variétés d'herpès. Les vésicules, reposant sur une surface enflammée, aug-

1. Notre conception de la fièvre herpétique diffère un peu de celle de Coutagne (*De l'herpès généralisé fébrile*) et davantage de celle de Parrot (*Fièvre herpétique maligne*). Mais, ce que nous nous refusons surtout à admettre, c'est l'assimilation, tentée par Horand (*Lyon médical*, 1873), de l'herpès généralisé fébrile avec la varicelle et le pemphigus aigu, qu'il considère comme autant de variétés de la fièvre herpétique. Une semblable confusion est inacceptable.

A l'appui de la théorie que nous soutenons sur la nature essentielle de la fièvre herpétique, nous croyons utile de rapporter en quelques mots une observation d'herpès phlycténoïde de la face, que nous considérons comme un type de fièvre herpétique commune et bénigne :

Observation. — Un jeune garçon de dix-sept ans, exerçant la profession de maçon, entre le 22 mars 1883 à la *clinique médicale de l'hôpital Necker* (service de M. le professeur Potain). Depuis trois jours il éprouve un malaise général, de la courbature, un léger mouvement fébrile et quelques frissons passagers. En même temps, il a vu apparaître sur sa figure une éruption disséminée pour laquelle il entre à l'hôpital. D'après lui, le malaise général et l'éruption auraient été presque simultanés. A son entrée, il présente une température axillaire de 38°,8; la langue est à peine saburrale, la bouche n'est pas amère; il n'y a eu ni nausées, ni vomissements, ni diarrhée, ni constipation; l'examen de la poitrine ne révèle aucun signe anormal : on ne peut donc pas considérer l'éruption, dont est atteint ce malade, comme un herpès symptomatique d'un embarras gastrique, d'une grippe ou d'une autre affection quelconque. L'éruption siège exclusivement à la face et n'occasionne aucune douleur; elle est constituée par sept groupes vésiculeux d'herpès phlycténoïde, de dimensions variables, disséminés sur le front des deux côtés, sur les deux joues, sur le dos du nez et sur l'oreille gauche. Les bords des lèvres et les orifices des narines sont absolument indemnes; il n'y a pas d'éruption, ni même de rougeur de la gorge ou de la muqueuse buccale. Les jours suivants, on voit naître quatre ou cinq nouveaux groupes d'herpès sur la face, sur les parties latérales du cou, à l'angle de la mâchoire et à la nuque; en même temps, on constate une conjonctivite angulaire de l'œil gauche, due vraisemblablement à une éruption de même nature sur la muqueuse oculaire. Le cinquième et le sixième jour de l'éruption, les vésicules s'affaissent, par résorption de leur contenu, et se dessèchent en donnant lieu à de petites croûtes jaunâtres dont la chute est suivie d'une desquamation simple, sans exulcérations.

mentent rapidement de volume; celles qui atteignent les dimensions les plus considérables semblent formées par la réunion de plusieurs vésicules confluentes. Le liquide qui les remplit, d'abord clair et citrin, quelquefois brunâtre et sanguinolent chez les vieillards, se trouble au bout de vingt-quatre ou trente-six heures. Quelques-unes de ces vésicules s'affaissent, du troisième au sixième jour, et donnent lieu à une simple exfoliation épidermique; d'autres, et c'est le plus grand nombre, se rompent du cinquième au dixième jour, et leur humeur se concrète en croûtes jaunâtres qui tombent du dixième au douzième jour. Après leur chute, ces croûtes laissent rarement, au-dessous d'elles, des exulcérations.

L'herpès phlycténoïde est une *affection ordinairement bénigne*, qui guérit naturellement dans l'espace d'un à trois septenaires (Rayer). Certains auteurs ont exagéré beaucoup sa gravité, parce qu'ils ont confondu avec la fièvre herpétique vraie certaines éruptions très étendues d'herpès, symptomatiques d'états infectieux divers.

Les *causes* de la fièvre herpétique ou de l'herpès phlycténoïde sont aussi obscures que celles de toutes les fièvres exanthématiques. On a invoqué les écarts de régime, les émotions morales, le froid humide et les changements de température; ce sont peut-être là des causes prédisposantes, mais la cause productrice de la maladie nous échappe.

On trouve presque toujours des bactéries dans les vésicules; mais, comme les inoculations n'ont jamais donné aucun résultat, la nature parasitaire de l'herpès est encore à démontrer.

II. — Herpès zoster ou zona.

Synonymes. — Feu sacré, *ignis sacer*. Feu de Saint-Antoine, Erysipèle pustuleux. Erysipèle zoster (Sauvages). Erysipèle phlycténoïde (Cullen).

Gurtelausschlag (*allem.*). Shingles (*angl.*).

Définition et description générale. — Le zona est une espèce d'herpès, caractérisée par des groupes de vésicules disposés en séries linéaires le long du trajet anatomique de certains nerfs.

L'herpès zoster est localisé sur une moitié du corps [1]. Sur le tronc, il affecte la forme d'une bande demi-circulaire, d'une demi-ceinture occupant un des espaces intercostaux et strictement limitée sur la ligne mé-

1. On a cité cependant quelques observations de zona double.

diane, en avant et en arrière; sur les membres, il se dispose en longues traînées parallèles à l'axe du membre; au cou, il rayonne dans la direction des branches du plexus cervical.

Souvent, l'éruption est précédée et accompagnée de douleurs lancinantes, paroxystiques, véritablement *névralgiques*, qui persistent quelquefois longtemps après la disparition de la lésion cutanée; mais ces douleurs peuvent manquer complètement.

L'éruption débute par l'apparition de plaques rouges, cuisantes, sur lesquelles se développent des vésicules grises ou blanches, argentées, transparentes, ressemblant à de petites perles (Rayer [1]). Chaque groupe vésiculeux repose donc sur une base enflammée, et le nombre des vésicules est variable dans chacun d'eux. Celles-ci se forment très rapidement, en deux ou trois jours au plus; elles sont petites et égales, tantôt isolées, tantôt, au contraire, tellement pressées les unes contre les autres que, par leur confluence, elles donnent naissance à de véritables bulles (*zona bulleux*). Dans chaque groupe, toutes les vésicules sont contemporaines et suivent un développement parallèle; mais les différents groupes qui constituent l'éruption apparaissent successivement, de sorte que celle-ci présente une durée variable de quatre à huit jours (Kaposi) [2]. Ordinairement, les groupes qui se montrent les premiers sont ceux qui sont situés aux deux extrémités de la zone. .

Le contenu des vésicules, d'abord clair et limpide, devient séro-purulent au bout de trois à quatre jours. Les vésicules se *dessèchent sans se rompre* et se transforment en petites croûtes lamelleuses, jaunes ou brunâtres, qui tombent huit à dix jours environ après le début de leur formation. Ces croûtes laissent, après elles, des taches pigmentaires brunes ou d'un rouge foncé, qui persistent quelquefois très longtemps, comme traces de l'éruption disparue. La durée totale du zona est en moyenne de deux à trois septenaires.

L'éruption du zoster peut présenter des complications hémorrhagiques, ulcéreuses ou gangréneuses.

Le *zona hémorrhagique* vrai est assez rare. Toujours, même dans la forme normale, on observe quelques vésicules dont le contenu est sanguinolent, et ces vésicules hémorrhagiques, en petit nombre, se dessèchent comme les autres, sans accident. Mais, dans le véritable zoster hémorrhagique, toutes ou presque toutes les vésicules sont

1. Voy. Rayer, *loc. cit.*, p. 333.
2. Voy. Kaposi, *loc. cit.*, trad. Besnier et Doyon, t. I, p. 415.

remplies de sang; ces vésicules se rompent, au lieu de se dessécher comme dans le zona ordinaire, et laissent à leur place des ulcérations plus ou moins profondes qui suppurent et sont remplacées par des cicatrices indélébiles. Cette forme grave peut durer de six semaines à trois mois (Kaposi).

Indépendamment de ces ulcérations consécutives au zona hémorrhagique, on peut observer, dans tout zona, des *exulcérations provoquées* par le frottement, par le grattage, par les irritations extérieures de toutes sortes. Ces exulcérations artificielles ne présentent aucune gravité et prolongent à peine la durée de la maladie; mais elles peuvent aussi laisser des cicatrices superficielles.

Le *zona gangréneux*, comme le zona hémorrhagique, est spécial aux vieillards et aux individus cachectiques ou débilités par une affection constitutionnelle préexistante. Cette forme gangréneuse se montre quelquefois, par exemple, chez les diabétiques. Elle est constituée par des plaques de sphacèle qui succèdent à l'apparition des groupes vésiculeux et occupent leur place; elle est plus ou moins grave suivant la profondeur et l'étendue des lésions et surtout suivant l'état général antérieur du malade.

A côté des anomalies graves du zona, il existe aussi une anomalie bénigne, que certains auteurs ont décrite sous le nom de *zona abortif*. Dans cette forme, les vésicules se développent incomplètement, et le nombre des groupes herpétiques est très réduit; la plupart des vésicules ne dépassent pas le degré papuleux et se terminent par desquamation simple. Mais les douleurs névralgiques peuvent exister dans le zona abortif aussi vives que dans le zona normal. Rayer a vu un malade chez lequel un zoster avorté ou incomplet, constitué par un seul groupe de vésicules situé au-dessous de l'omoplate, était accompagné de douleurs très vives, étendues, sous forme de bande, à tout le côté gauche de la poitrine, de la colonne vertébrale au sternum [1].

Les *symptômes généraux* qui accompagnent l'éruption zostérienne sont ordinairement de peu d'importance; ils font même parfois complètement défaut. Dans quelques cas, on constate un léger mouvement fébrile, rarement précédé de frisson, un état saburral des voies digestives, de l'anorexie, la langue sale, des nausées, de la céphalalgie et, parfois, un peu d'agitation et d'insomnie. C'est l'existence possible de

1. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 335.

ces phénomènes généraux, jointe à l'absence de névralgie dans certains cas, qui a conduit Bazin, et après lui Guibout, à considérer le zona comme un pseudo-exanthème.

Mais, ordinairement, la *douleur névralgique*, que l'on considère aujourd'hui comme un des éléments constitutifs de la maladie, ne manque point et présente même une acuité considérable; de plus, la névralgie est souvent accompagnée de *troubles de la sensibilité*, qui ont été bien étudiés par H. Rendu [1]. Ces troubles, qui sont constitués par un mélange d'anesthésie et d'hyperesthésie, s'observent dans le territoire du nerf que recouvre l'éruption; mais ils n'ont pas de rapport défini avec les groupes éruptifs eux-mêmes. La sensibilité peut être exagérée ou diminuée soit sur les plaques d'herpès, soit dans les intervalles qui les séparent.

L'éruption une fois guérie, les troubles de la sensibilité peuvent persister; tantôt c'est la névralgie elle-même, qui dure plus ou moins longtemps, quelquefois pendant des années, avec une violence insupportable; tantôt c'est de l'anesthésie ou de l'hyperethésie avec des fourmillements ou de l'anesthésie douloureuse [2]. On a signalé aussi, à la suite du zona, des troubles vaso-moteurs, des paralysies ou des parésies, des atrophies musculaires, la chute des cheveux ou des dents, dans certains cas de zona du trijumeau. Il faut reconnaître que ce sont là des anomalies, en somme, assez rares.

Pathogénie, anatomie pathologique et étiologie. — La plupart des auteurs considèrent aujourd'hui le zona comme l'expression d'un trouble trophique de la peau; et cependant c'est seulement après 1856, à la suite du mémoire de Parrot [3], que cette théorie est entrée dans la science [4]. Rayer, Devergie, Bazin, etc., ne disent pas un mot de la pathogénie du Zoster; mais, depuis lors, la théorie nerveuse a été adoptée par Wilson, par Kaposi, par Duhring et par le plus grand nombre des dermatologistes.

1. Voy. Rendu, *Recherches sur les altérations de la sensibilité dans les affections de la peau* (*Annales de dermatologie*, 1874, 1875).
Voir aussi : Arnozan, thèse d'agrégation, Paris, 1880 (*Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux*, p. 126 et 127).
2. On appelle ainsi une modification de la sensibilité, dans laquelle les douleurs spontanées persistent, tandis que la sensibilité tactile est abolie.
3. Voy. Parrot, *Considérations sur le zona*, Paris, *Union médicale*, 1856.
4. Voy. H. Barth, *Pathogénie et physiologie pathologique de l'herpès zoster* Revue générale, in *Annales de dermatologie*, 1882, nos 3 et 4.

Actuellement, cette théorie est fondée sur un grand nombre de travaux importants. Les observations de zona traumatique de Charcot et Rouget (1859); les observations de Weir Mitchell, Morehouse et Keen, relatives aux éruptions d'herpès consécutives aux contusions, aux tiraillements et aux irritations des nerfs [1]; les faits rapportés par Ollivier, par Charcot et Cotard, par Leudet, par Esmarch, etc., de zonas déterminés par des compressions nerveuses, ont montré cliniquement l'influence de la névrite sur la production de l'herpès zoster. Il n'est pas besoin d'une inflammation profonde du nerf pour provoquer l'éruption; toute irritation, même transitoire, directe ou indirecte, du tronc nerveux, suffit pour faire naître un zona : les cas nombreux de zona, observés par Charcot et par ses élèves, dans le cours de l'ataxie locomotrice, sur les membres atteints de douleurs fulgurantes, le prouvent surabondamment.

Les observations anatomo-pathologiques sont venues confirmer les résultats fournis par la clinique. Danielsen [2] a rapporté le premier une autopsie de zona [3] dans laquelle une névrite interstitielle d'un nerf intercostal fut constatée par l'examen microscopique. Chez un homme mort avec un zona du nerf sciatique, Esmarch trouva le nerf hypérémié et œdémateux. Mais c'est à Bœrensprung qu'est dû le travail le plus important sur la corrélation qui existe entre le zoster et les lésions nerveuses. Dans une autopsie célèbre, relative à un cas de zona intercostal, cet auteur constata macroscopiquement et microscopiquement « que les sixième, septième et huitième nerfs intercostaux étaient rouges, tuméfiés, et présentaient des traces évidentes de névrite interstitielle; que leurs ganglions spinaux correspondants adhéraient fortement à la paroi du canal intervertébral, étaient rouges, hyperémiés et présentaient nettement des lésions d'inflammation interstitielle [4]. » Cette autopsie et des recherches ultérieures portèrent Bœrensprung à considérer le zona comme une affection du système ganglionnaire et à en placer le siège dans les ganglions spinaux.

Des observations analogues ont été publiées, à la suite de Bœrensprung, par Haigth, par Charcot et Cotard, par Wagner, par Ollivier,

1. Voy. *Gunshot Wounds and other injuries of nerves*, Philadelphia 1864. Thèse de Mougeot. Paris, 1867. Thèse de Couyba. Paris, 1871.
2. Cité par Bœrensprung, in *Annalen der Charité*, vol. XII, Berlin, 1868.
3. Le malade de Danielsen était mort de pneumonie.
4. Leloir, thèse de Paris, 1882, page 151.

par Weidner, par Wyss et Horner (pour le zona ophthalmique), par Sattler, par Kaposi, par Chandelux [1]. Les travaux de ces auteurs, que nous ne pouvons que mentionner, ont montré la constance des altérations nerveuses dans toutes les autopsies de zona. Ces altérations portent principalement sur les ganglions rachidiens et sur le ganglion de Gasser (dans les cas de zona du trijumeau), quelquefois exclusivement sur les nerfs périphériques, qui présentent alors les lésions communes de la névrite interstitielle.

Telle est la pathogénie de l'herpès zoster, telle qu'on l'admet aujourd'hui. Les causes de cette lésion trophique de la peau et de la névrite qui lui donne naissance sont multiples et, souvent aussi, assez difficiles à déterminer. Les maladies de la moelle et de ses enveloppes, atteignant le cordon postérieur ou sensitif, principalement l'ataxie locomotrice; les altérations, par compression, des racines postérieures et des troncs nerveux; les lésions traumatiques des nerfs, sont autant d'affections qui peuvent produire le zona.

Sattler et Leudet ont rapporté des cas de zoster consécutifs à l'intoxication par l'oxyde de carbone [2]; Hutchinson a incriminé l'usage longtemps prolongé des préparations arsenicales.

Mais, en somme, eu égard à la fréquence du zona, les cas dans lesquels l'éruption est produite directement par une maladie nerveuse doivent être considérés comme des exceptions. Le plus souvent, l'herpès zoster survient spontanément ou sous l'influence de causes banales, invoquées par tous les auteurs, telles que les variations atmosphériques, l'impression du froid ou de l'humidité, une alimentation excitante, etc. On en est réduit à admettre alors que ces causes extérieures agissent sans doute par les modifications qu'elles produisent dans l'innervation. C'est là, il faut l'avouer, une explication fort imparfaite, de sorte que, s'il est bien prouvé que le zona, en raison de sa localisation précise, est l'expression d'une altération nerveuse, la cause de ce trouble trophique, de cette névrite, reste encore à trouver dans bien des cas. Les difficultés d'adaptation de la théorie nerveuse augmentent encore dans les cas où le zona se présente avec un appareil fébrile et des

1. Voy. *Observations sur les lésions nerveuses dans le zona* (*Archives de physiologie*, 1879).

2. Voy. Sattler, *Ueber das Wesen des Herpes zoster opthalmicus* (*Vierteljahresschift für Dermat. und Syph.*, 1875).

Leudet, *Accidents nerveux consécutifs à l'asphyxie par les vapeurs de charbon* (*Arch. gén. de méd.*, 1865).

phénomènes d'embarras gastrique, comme un pseudo-exanthème; elles augmentent surtout lorsque l'éruption ne s'accompagne pas de névralgie. Faut-i ldonc admettre deux espèces de névrite, l'une qui est douloureuse et l'autre qui ne l'est pas? Il y a enfin une autre considération qui prouve que la lésion nerveuse n'est pas tout dans la pathogénie du zona : c'est l'*unicité* de la maladie; tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le zona est une affection qui ne récidive jamais ou presque jamais.

Il nous était impossible, tout en adoptant, pour la généralité des cas, la théorie nerveuse du zona, de ne pas soulever ces objections auxquelles, dans l'état actuel de la science, il est impossible de donner une réponse.

Quant à la physiologie pathologique de la lésion trophique cutanée, la névrite étant admise, l'hypothèse la plus probable nous semble être celle de Charcot [1], qui suppose que l'herpès est le résultat de la propagation directe de l'inflammation du nerf aux téguments. Cette théorie très simple est préférable à l'hypothèse de Samuel, qui met en jeu l'influence particulière de nerfs trophiques [2], dont l'existence n'a jamais été démontrée.

Variétés. — Les variétés du zona ont été établies d'après le siège de l'éruption et d'après son mode de distribution le long des rameaux de certains nerfs. Ce travail de localisation a été entrepris jadis par Bœrensprung, dans un ouvrage devenu classique en Allemagne [3]. Théoriquement, l'herpès zoster peut se montrer sur le trajet de tous les nerfs cutanés; mais nous indiquerons seulement les variétés les plus communes et celles qui offrent des particularités intéressantes.

Le siège le plus habituel du zona est le thorax; viennent ensuite, par ordre de fréquence, l'abdomen, le membre inférieur, la face, le cou, le membre supérieur et le périnée. Les principales variétés sont les suivantes [4] :

1° **Zona pectoral, intercostal ou dorso-pectoral.** — C'est la forme typique de l'éruption zostérienne. Ce zona occupe un des espaces inter-

1. Voy. Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 151 et suivantes.
2. Voy. le travail de Samuel sur les nerfs trophiques (*Die trophischen Nerven*, Leipsick, 1860.
3. Voy. Bœrensprung. D. *Gurtelkrankheit* (in *Charité Ann.*, t. IX, s. 44, p. 174).
4. Cf., pour les variétés du zoster, les traités d'Hébra, t. I, p. 370 et suivantes; de Neumann, p. 181, 182, et de Kaposi, t. I, p. 419 et suivantes.

costaux, quelquefois deux ou trois espaces (Kaposi); il siège sur le trajet des troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième nerfs thoraciques, depuis l'épine dorsale jusqu'à la ligne médiane antérieure du tronc. Contrairement à l'assertion de quelques auteurs, il n'épargne pas la peau du sein [1]. Il est fréquemment accompagné d'une névralgie qui peut présenter les trois points douloureux de la névralgie intercostale. Parfois la douleur simule un point de côté et, avant l'éruption, peut faire croire au début d'une pleurésie. Le zona intercostal est d'ailleurs souvent accompagné d'inflammation pleuro-pulmonaire; et, même en l'absence de cette complication viscérale, il occasionne de la dyspnée, à cause de l'immobilisation du thorax produite par la douleur.

2° **Zona abdominal.** — Cette variété comprend le zona *dorso-abdominal* et le zona *lumbo-inguinal* de Bœrensprung. Le *premier* affecte la partie inférieure du dos, depuis la huitième vertèbre dorsale jusqu'à la première lombaire; en avant, il s'étend jusqu'à la ligne blanche. Il suit le trajet des huitième, neuvième, dixième, onzième et douzième nerfs thoraciques. Le *second* (lumbo-inguinal) correspond aux branches des nerfs supérieurs lombaires et à leurs anastomoses. Il s'étend horizontalement de la région lombaire à la ligne blanche, comme le précédent; mais il peut descendre obliquement, en bas et en avant, jusqu'au pubis, à la région inguino-scrotale ou inguino-vulvaire, et, en arrière, se propager sur la région fessière et la surface externe de la cuisse jusque vers le grand trochanter.

Ces deux variétés (pectoral et abdominal) constituent le *zona du tronc* des anciens auteurs [2].

3° **Zona lombo-fémoral et fémoral.** — Il siège sur le trajet des branches des deuxième, troisième et quatrième nerfs lombaires, et principalement des nerfs fémoro-cutané, génito-crural, obturateur et crural, et des ramifications de ce dernier. L'éruption peut donc occuper une très large surface, mais elle se limite souvent à certaines branches. Les premiers groupes de vésicules apparaissent vers la partie inférieure de la colonne lombaire et sur la fesse; de la région fessière, le zona descend sur la face antérieure de la cuisse, sur ses faces interne et externe jusqu'au genou, parfois aussi sur le mollet, et, d'autre part, sur le scrotum ou la grande lèvre. Mais l'éruption reste parfois localisée

1. Voy. Hébra, *loc.cit.*, p. 373.
2. Voy. Rayer, *loc. cit.*, p. 332.

à la fesse; plus fréquemment, elle occupe seulement la cuisse (zona fémoral proprement dit).

4° Le **zona périnéal** (*sacro-génital* ou *sacro-ischiatique* de Bœrensprung) répond à la distribution cutanée des branches du plexus sacré.

5° **Zona brachial** (cervico-brachial). — Il suit la distribution des branches cutanées des nerfs du plexus brachial. L'éruption occupe l'épaule et le membre supérieur; elle est souvent limitée au bras, à l'avant-bras et même à la main. Cette variété du zoster est connue depuis longtemps; Cazenave et Schedel [1] la décrivaient déjà dans les termes suivants : « un zona commençant à la partie moyenne et supérieure du dos, qui gagne la partie postérieure de l'épaule, puis la partie antérieure, et vient se terminer au bord interne du bras, qu'il accompagne quelquefois jusqu'au bord cubital de la main. »

6° **Zona du cou.** — Dans cette forme, l'éruption siège le long des branches du plexus cervical superficiel. L'herpès zoster du cou comprend deux variétés : *a.* le *Z. occipito-collaris* de Bœrensprung, ou *Z. nuchæ* d'Hébra; *b.* le *Z. cervico-sub-clavicularis* de Bœrensprung ou *zona descendant.*

a. Le *zono occipito-collaris* ou *occipito-cervical* correspond au trajet de la branche auriculaire, de la branche mastoïdienne ou occipitale externe et de la branche cervicale transverse ou cervicale superficielle (les deux branches ascendantes et la branche antérieure du plexus cervical). Les groupes vésiculeux se montrent sur les parties latérales du cou, sur la peau de l'oreille et de la région mastoïdienne, vers l'angle de la mâchoire et, en avant, jusque sur les téguments de la région sus-hyoïdienne, au-dessous du menton (rameau descendant de la branche cervicale transverse).

b. Le *zona descendant* ou *cervico-sub-clavicularis* suit la distribution des branches descendantes superficielles du plexus cervical, provenant de la quatrième paire cervicale (rameaux sus-sternaux, sus-claviculaires et sus-acromiens). L'éruption occupe la peau de la partie latérale et inférieure du cou et de la région sus-claviculaire; elle s'étend en dehors jusqu'au moignon de l'épaule et, en dedans, jusqu'à la partie supérieure et médiane du thorax.

7° **Zona facial** (Z. du trijumeau). — Il peut siéger à la fois ou séparé-

1. Voy. Cazenave et Schedel, *loc. cit.*, p. 125.

ment sur le trajet des trois branches et de toutes les ramifications du trijumeau.

Quand l'éruption occupe les trois branches du trijumeau, les groupes vésiculeux se montrent principalement dans le voisinage des points d'émergence des nerfs : sur la paupière supérieure au niveau de l'échancrure sus-orbitaire (rameau sus-orbitaire ou frontal externe); sur la pommette, près du trou malaire (rameau temporo-malaire de la branche orbitaire du nerf maxillaire supérieur) ; au-dessous de la paupière inférieure, au niveau du trou sous-orbitaire (nerf sous-orbitaire); sur la partie latérale du menton, près du trou mentonier (terminaison du nerf dentaire inférieur). Il n'est pas rare, dans ce *zona total* du trijumeau, d'observer, en même temps, des groupes vésiculeux, ou les pseudo-membranes qui leur succèdent, sur le voile du palais et particulièrement sur le pilier antérieur (nerfs palatins, émanés du ganglion de Meckel). Comme dans tout herpès zoster, l'éruption est unilatérale sur le voile du palais et sur la peau de la face du même côté [1].

Le *zona partiel* du trijumeau occupe l'une des trois branches de ce nerf.

Souvent c'est la *branche ophthalmique de Willis* qui est atteinte (*zona ophthalmique*); l'éruption se montre alors sur la paupière supérieure, sur la tempe, sur le front et même sur le cuir chevelu jusqu'à la suture lambdoïde (trajet du rameau lacrymal et du rameau frontal); elle descend en bas sur la moitié correspondante de la face dorsale du nez (rameau nasal). Tous ces rameaux peuvent, d'ailleurs, être affectés séparément. Il n'est pas très rare, en même temps, de voir la muqueuse nasale du même côté se tuméfier et devenir douloureuse, par suite de l'altération du filet nasal interne ou ethmoïdal. Les membranes externes du globe de l'œil peuvent aussi participer à l'inflammation zostérienne; les lésions qu'on constate alors sur la conjonctive, sur la cornée et sur l'iris constituent à proprement parler le véritable zona ophthalmique, décrit par J. Hutchinson, par Bowmann, par O. Wyss, par Hybord [2], etc. Les troubles oculaires du zona ophthalmique sont produits par la propagation de la névrite à la longue racine

1. Hébra, Neumann et d'autres auteurs ont rapporté des cas de *zona facial bilatéral;* c'est une variété extrêmement rare. Il faut se garder de prendre pour un zona bilatéral une éruption d'herpès phlycténoïde dont les groupes vésiculeux sont disséminés sans ordre sur les téguments de la face.

2. Voy. Hybord, Thèse de Paris, 1872.

(ou racine sensitive) du ganglion ophthalmique et aux nerfs ciliaires; la rougeur de la conjonctive, l'injection des vaisseaux ciliaires, de l'iritis et des ulcérations de la cornée : telles sont les conséquences habituelles de cette névrite. Les symptômes fonctionnels sont en rapport avec les lésions : ce sont principalement des douleurs névralgiques extrêmement vives et de la photophobie. Dans un cas, Oscar Wyss (de Zurich) a même vu se produire une phlébite de la veine ophthalmique, suivie d'infection purulente et de méningite mortelle [1].

Quand le zoster se localise sur le trajet des ramifications cutanées du *nerf maxillaire supérieur*, les groupes vésiculeux siègent sur la joue, sur la pommette (nerf temporo-malaire), sur la paupière inférieure (filets palpébraux), sur l'aile du nez (filets nasaux) et sur la lèvre supérieure (filets labiaux). C'est dans cette variété qu'on observe aussi quelquefois des efflorescences herpétiques sur le voile du palais, et, par suite de la lésion des nerfs dentaires, des névralgies dentaires tenaces qui peuvent amener la chute des dents.

Dans le zona du *nerf maxillaire inférieur*, indépendamment des groupes herpétiques qui siègent sur le menton et sur la lèvre inférieure, on peut observer des éruptions sur le lobule de l'oreille et sur les téguments de la fosse temporale (branches inférieure ou auriculaire et supérieure ou temporale superficielle du nerf auriculo-temporal), sur la peau de la joue et sur la muqueuse buccale (nerf buccal), et sur la moitié correspondante de la muqueuse de la langue (nerf lingual). L'un de nous a publié en 1877 une observation d'herpès zoster unilatéral de la langue [2].

8° **Zona du cuir chevelu** (*zona capillitii* d'Hébra). — Le zona envahit rarement le cuir chevelu, et les vésicules ne sont bien visibles que chez les individus chauves. Cette variété n'est d'ailleurs presque jamais isolée, et le siège de l'éruption est très variable, à cause de la multiplicité des nerfs qui se distribuent à la peau du crâne. Tantôt le zoster du cuir chevelu n'est que la propagation du zona du front; il siège alors sur le trajet du nerf frontal externe ou sus-orbitaire; c'est un cas de ce genre qui a été rapporté par Rayer [3]. Tantôt il correspond aux ramifications cutanées crâniennes du nerf auriculo-temporal et n'est qu'une dépendance du zona du maxillaire inférieur. Tantôt il résulte

1. Cité par Kaposi, trad. Besnier et Doyon, t. I, p. 421.
2. Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1877, n° 18 (hôpital Cochin, service du Dr Desprès).
3. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 337.

de l'extension du zoster occipito-cervical et siège sur les divisions ultimes des branches auriculaire et mastoïdienne du plexus cervical superficiel. Tantôt, enfin, il se montre à la partie postérieure du crâne, sur le trajet des rameaux du grand nerf occipital (branche postérieure de la deuxième paire cervicale) qui accompagne l'artère occipitale et qu'on peut suivre jusqu'au sommet de la tête.

Le **pronostic** du zona est très variable. C'est une affection qui n'occasionne jamais la mort, mais qui peut néanmoins être suivie d'accidents graves. Les névralgies consécutives, l'anesthésie ou l'hyperesthésie sont les complications les plus fréquentes. Les paralysies sont rares; on a signalé cependant quelques cas de paralysie des muscles de l'œil à la suite du zona ophthalmique. Nous avons déjà décrit les lésions oculaires déterminées par cette dernière variété; nous avons mentionné également la chute des dents, qui peut être provoquée par les névralgies dentaires du zoster facial; nous n'insisterons pas davanage sur ces faits exceptionnels.

Mais ce qu'il importe surtout de retenir, c'est que le retentissement douloureux du zona et la persistance des névralgies qui lui succèdent sont très variables suivant les cas, et nullement en rapport avec l'étendue ou l'intensité de l'éruption vésiculeuse. Parfois l'affection est absolument indolente et bénigne; chez certains malades, au contraire, les phénomènes douloureux, ainsi que l'avait déjà remarqué Trousseau [1], persistent pendant un grand nombre d'années. Aucun signe ne permet, d'ailleurs, de reconnaître d'avance la gravité ultérieure possible d'un zoster, de sorte qu'il est toujours prudent de faire ses réserves dans le pronostic de cette affection.

Le zona hémorrhagique et le zona gangréneux présentent une gravité particulière, qui dépend plutôt du mauvais état général du sujet que de l'éruption elle-même.

III. — Herpès symptomatique.

Synonymes. — *Herpès febrilis, hydroa febrilis* de J. Franck. *Herpès critique.*

Description. — L'herpès se montre souvent comme phénomène

1. Voy. Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 268.

secondaire, au début, dans le cours ou à la fin [1] d'un certain nombre de maladies fébriles.

Cet herpès symptomatique est toujours *para-muqueux*, c'est-à-dire qu'il siège autour des orifices des muqueuses, généralement autour des lèvres, d'où les noms d'*herpès labialis*, d'*exanthème labial*, d'*olophlyctide prolabiale* (Alibert) qu'on lui donne quelquefois. C'est cette éruption qui est vulgairement désignée sous le nom de *boutons de fièvre*.

Cette variété d'herpès, quoique beaucoup plus fréquente sur le bord des lèvres que partout ailleurs, apparaît quelquefois aussi autour des narines (*herpès nasalis*) ou sur les *semi-muqueuses*, sur le prépuce, sur les grandes lèvres et à l'anus. Cependant l'herpès génital est le plus souvent de cause externe, ainsi qu'on le verra plus loin.

L'herpès prolabial symptomatique peut être exceptionnellement accompagné d'une éruption semblable sur la muqueuse de la face interne des lèvres. Parfois aussi, quelques groupes vésiculeux s'écartent des orifices naturels et occupent la peau de la joue. Mais ces faits constituent des anomalies, car la coexistence d'un *herpès muqueux* (buccal ou guttural) avec un *herpès facial disséminé* est ordinairement le propre de la *fièvre herpétique*.

Les vésicules de l'herpès symptomatique sont en général peu nombreuses; l'éruption est discrète et ne se compose habituellement que d'un petit nombre de groupes, occupant une surface très limitée et très rapprochés les uns des autres, quoique nettement séparés par des intervalles de peau saine. L'évolution de ces groupes herpétiques est très rapide. Sur la peau, le contenu des vésicules devient même rarement purulent, et les efflorescences s'affaissent et se dessèchent sous forme de petites croûtes grises ou brunâtres. Sur le bord rouge des lèvres, les vésicules ont une aussi courte durée ; mais, à cause de la minceur de l'épiderme, elles se crèvent plus facilement; leur contenu devient purulent et se concrète en croûtes plus volumineuses, généralement brunes, mais quelquefois jaunâtres et ressemblant aux croûtes de l'impétigo. Ces croûtes se détachent vers le huitième ou dixième jour de l'éruption, comme celles de toutes les variétés d'herpès.

Bœrensprung a essayé de rattacher l'herpès labialis au zona. Il suppose que cette forme est un zoster facial incomplet, de même que,

1. C'est cet herpès, qui apparaît à la fin de certains états fébriles, qui est désigné quelquefois sous le nom d'*herpès critique* et considéré comme un phénomène de bon augure. (Voy. Guibout, *loc. cit.*, t. I, p. 384.)

d'après lui, l'herpès génital serait un zona sacro-ischiatique partiel. L'inexactitude de cette assimilation est évidente, et cette généralisation abusive est complètement en désaccord avec l'observation clinique. Hébra a déjà réfuté l'opinion de Bœrensprung, en se fondant sur les caractères différents des deux formes d'éruption [1]. L'herpès labialis est constitué seulement par quelques groupes vésiculeux; il apparaît dans le cours d'un état fébrile; il rédicive fréquemment; il est à peu près indolent et presque toujours bilatéral; or le zona se distingue précisément par des caractères tout à fait opposés.

Etiologie. — Les maladies ou les états morbides, dans lesquels on observe le plus souvent l'herpès symptomatique, sont l'embarras gastrique fébrile ou fièvre gastrique, la fièvre éphémère et la fièvre synoque, la pneumonie, la méningite cérébro-spinale, la fièvre typhoïde et la fièvre intermittente palustre.

L'herpès est tellement fréquent dans l'*embarras gastrique* et dans ces fièvres passagères, intermédiaires entre l'embarras gastrique et la dothiénenterie et connues sous les noms de *synoque* ou de *fièvre éphémère*, qu'il y a lieu de poser la question d'identité de ces états morbides avec la fièvre herpétique vraie. Cette opinion a été soutenue; mais nous ne la partageons pas, parce que généralement, dans la fièvre herpétique ou l'herpès phlycténoïde, les symptômes d'embarras gastrique sont à peine marqués. Les caractères de l'éruption sont également différents dans les deux cas, ainsi que nous l'avons déjà dit : l'herpès symptomatique est para-muqueux; l'herpès phlycténoïde (fièvre herpétique) est un herpès cutané disséminé.

Dans la *pneumonie*, l'herpès est encore plus commun que dans l'embarras gastrique; mais la fréquence de cet épiphénomène est variable suivant les pays, et dépend vraisemblablement des conditions climatériques. Lebert, qui a observé successivement à Breslau et à Zurich, a insisté particulièrement sur la différence de fréquence de l'herpès symptomatique de la pneumonie, dans ces deux localités.

D'une manière générale, l'herpès est d'un pronostic favorable dans la pneumonie, et l'absence d'herpès est d'un pronostic grave. La différence de mortalité dans les deux cas est dans la proportion de 1 à 3.

L'herpès de la *méningite cérébro-spinale* infectieuse peut occuper toutes les parties de la face; il se distingue, par cette particularité, des

1. V. Hébra, *loc. cit.*, trad. Doyon, t. I, p. 363, 364.

croûte, à cause de l'humidité continuelle qui règne dans ces régions, mais d'une exsudation blanchâtre; elles sont le siège d'une cuisson parfois très pénible. Ces exulcérations reposent souvent sur une base tuméfiée; les parties sur lesquelles elles siègent, particulièrement le prépuce et les petites lèvres, s'œdématient facilement; mais c'est alors un œdème mou et facilement dépressible, bien différent de l'œdème dur et persistant qui accompagne le chancre syphilitique.

La cicatrisation des ulcérations superficielles, qui succèdent aux vésicules herpétiques, est plus ou moins rapide suivant la confluence de l'éruption et suivant l'état général du sujet; elle peut se faire attendre dix ou quinze jours et même davantage, surtout quand l'irritation est entretenue par le défaut de soins de propreté.

Parfois, sur les parties génitales de la femme, la cicatrisation s'opère suivant un mode particulier, qui peut donner lieu à de graves erreurs de diagnostic. La peau, dans le point ulcéré, se cicatrise en subissant une sorte d'hypertrophie, de façon à former une véritable plaque saillante qui ressemble, à s'y méprendre, à la plaque muqueuse syphilitique. Ce fait a été d'abord signalé par *Legendre*, puis par *Bruneau*, qui a particulièrement insisté sur sa fréquence [1]. Toutefois, ces plaques cicatricielles n'atteignent jamais le volume des productions syphilitiques; elles tendent à disparaître assez rapidement et s'effacent au bout d'une huitaine de jours, en laissant après elles une tache violacée; jamais, d'ailleurs, les ulcérations herpétiques, simples ou hypertrophiques, ne laissent de cicatrices persistantes.

L'herpès génital des deux sexes est sujet à de nombreuses récidives. L'herpès præputialis, auquel, pour cette raison, Doyon a donné le nom d'*herpès récidivant* [2], reparaît, chez certains individus, cinq à six fois par an, d'après Hébra [3]. Il peut même se montrer plus souvent encore; beaucoup de sujets sont atteints régulièrement de cette éruption à la suite de chaque coït. Chez d'autres, c'est seulement le coït avec une nouvelle femme qui provoque l'apparition de l'herpès.

En dehors du coït, les autres irritations locales de toutes sortes, si fréquentes aux parties génitales, la congestion facile de ces parties

1. Voy. *Mémoire sur l'herpès de la vulve*, par Legendre, médecin de l'hôpital de Lourcine, in *Archiv. générales de médecine*, 1853, vol. II. — H. Bruneau, *loc. cit.*, p. 27 et 28.
2. Voy. Doyon, *De l'herpès récidivant des parties génitales*, Paris, 1868.
3. Voy. Hébra, *loc. cit.*, trad. Doyon, t. I, p. 369.

chez les individus jeunes [1], l'accumulation du sebum et, chez la femme, les flux vaginaux leucorrhéiques, sont autant de causes qui peuvent donner naissance à l'herpès.

Les chancres progénitaux sont souvent accompagnés d'herpès. Voici un fait qui n'est pas rare : Un homme, sujet à l'herpès préputial, est atteint un jour d'une éruption progénitale, d'aspect herpétique, qui lui paraît semblable à celles qu'il a déjà présentées si souvent. Au bout de quelques jours, l'herpès guérit, comme d'habitude ; mais une des ulcérations, quelquefois très petite, persiste et s'indure, en même temps que l'adénopathie inguinale caractéristique apparaît : c'est un chancre syphilitique qui s'était dissimulé au milieu des vésicules d'herpès.

L'herpès génital symptomatique peut aussi, quoique plus rarement, accompagner la blennorrhagie ou le chancre simple. C'est le chancre simple que, jadis, Doyon avait surtout incriminé dans la production de cet herpès ; mais ses observations ne concordent pas avec les nôtres [2].

L'herpès progénital, quelles que soient les conditions dans lesquelles on l'observe, est toujours une éruption de cause externe. Nous ne nions pas l'influence d'un état constitutionnel, arthritique ou autre, sur ses récidives fréquentes ; mais l'état général constitutionnel ou diathésique n'a pas d'autre rôle, dans cette éruption, que celui d'une cause prédisposante, qui agit, dans l'herpès génital, au même titre que dans toutes les dermatoses artificielles ou provoquées.

L'herpès de cause externe siège encore sur d'autres régions du tégument cutané ou muqueux. Il est fréquemment observé sur les *lèvres*, sur la *pointe* ou sur les *bords de la langue* et sur la *muqueuse buccale*, à la suite du contact de substances irritantes et d'aliments salés ou fortement épicés. Certains sujets jouissent même d'une telle susceptibilité qu'il suffit, chez eux, du contact de la salive d'une autre personne, même non atteinte d'herpès, d'un simple baiser quelquefois, pour provoquer l'éruption d'un ou de plusieurs groupes vésiculeux herpétiques.

1. L'herpès génital est, en effet, une affection de la jeunesse.
2. Voy. A. Doyon, mémoire déjà cité sur l'*herpès récidivant des parties génitales*, Paris, 1868, p. 67 et 68.

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique de la vésicule herpétique a été étudiée par Biesadecki, par Haight, par Neumann et par J. Renaut. Cette étude a pu être faite sur des malades morts d'affections fébriles avec herpès, principalement de pneumonie.

Le processus histologique de l'herpès est plus simple que celui de l'eczéma aigu. La congestion des vaisseaux papillaires, l'infiltration embryonnaire des papilles et l'exsudation vasculaire sont les mêmes dans l'herpès que dans les autres vésicules et arrivent au même résultat; mais la cavité vésiculeuse de l'herpès est plus superficielle que celle de l'eczéma. Le liquide exsudé hors des vaisseaux, par le fait de la fluxion inflammatoire, traverse toute la couche des cellules dentelées de Malpighi et s'accumule dans le point où l'union des cellules présente une moindre résistance, c'est-à-dire au niveau de la couche granuleuse. C'est dans cette couche que se forme la vésicule herpétique, tandis que, dans l'eczéma, la vésicule prend naissance dans l'épaisseur même du corps muqueux [1], grâce à la dégénérescence spéciale des cellules malpighiennes.

Dans un grand nombre de cas, la congestion vasculaire est suivie de la rupture de quelques capillaires superficiels des papilles, de sorte que le liquide exsudé renferme une proportion variable de globules rouges de sang.

La transformation purulente de la sérosité qui remplit la cavité vésiculaire, la dessiccation des vésicules et la formation des croûtes qui leur succèdent ne présentent aucune particularité digne d'être notée.

Diagnostic.

L'herpès est une affection ordinairement facile à reconnaître; cependant on est exposé à le confondre avec un certain nombre de dermatoses vésiculeuses ou ulcéreuses.

L'*eczéma* [2] se distingue de l'herpès par la multiplicité, le petit volume, la confluence et la fragilité de ses vésicules. Les vésicules eczé-

1. Voy. ci-dessus, l'*anatomie pathologique de l'eczéma*, pages 364, 365 et 366.
2. Le diagnostic de l'eczéma et de l'herpès a déjà été fait, page 346 (Diagnostic de l'eczéma).

mateuses sont éphémères; elles durent vingt-quatre ou trente-six heures au plus; leur rupture est suivie d'un suintement abondant et persistant, auquel fait place une desquamation longtemps prolongée. Les plaques de l'eczéma sont toujours plus étendues que celles de l'herpès; le prurit de l'eczéma est continu, tandis que celui de l'herpès cesse après la formation des croûtes. Enfin il n'y a aucune comparaison à établir entre la durée de l'eczéma et celle de l'herpès.

La *varicelle* diffère de l'herpès phlycténoïde par la généralisation de son éruption, par l'isolement de ses vésicules et par leur forme acuminée; les vésicules herpétiques sont, au contraire, arrondies et *perlées*.

L'herpès phlycténoïde peut être confondu avec le *pemphigus*, quand les vésicules herpétiques se réunissent pour former de petites bulles. Mais les bulles du pemphigus sont toujours plus distinctes; elles sont isolées, disséminées et entourées seulement d'une légère auréole rouge, qui fait même souvent défaut, tandis que les vésicules de l'herpès sont réunies par groupes, reposant sur une surface érythémateuse et enflammée.

Les vésicules ou les bulles qu'on observe accidentellement dans l'*érysipèle* ne ressemblent pas aux groupes éruptifs de l'herpès. Les plaques rouges de l'érysipèle sont plus saillantes, plus larges, plus douloureuses, et les deux maladies suivent une marche tout à fait différente.

L'*éruption de la gale*, par son polymorphisme, par le siège spécial de ses lésions, diffère trop des groupes vésiculeux de l'herpès pour donner lieu à des erreurs de diagnostic.

L'*herpès génital*, à la période ulcéreuse, est, de toutes les variétés d'herpès, celle dont le diagnostic est le plus souvent difficile et incertain.

L'*herpès génital* (*préputial* ou *vulvaire*) doit être distingué des gerçures traumatiques, des chancres mous ou simples (chancrelles), du chancre induré ou infectant et des plaques muqueuses.

Nous mentionnons seulement les *gerçures traumatiques* qui se produisent parfois, pendant le coït, sur le filet ou sur le sillon balano-préputial chez l'homme, et à l'orifice vulvaire chez la femme. Ces gerçures présentent une forme allongée et linéaire, différente de la disposition arrondie des ulcérations herpétiques.

C'est le *chancre simple* qu'il importe le plus de distinguer de

l'herpès [1]. Les caractères différentiels de l'herpès sont les suivants : 1° le *prurit*, qui précède la vésicule, qui diminue quand la vésicule est formée, et qui fait place à la cuisson quand la vésicule s'ulcère (ce prurit n'existe pas dans la chancrelle); — 2° l'*agglomération des vésicules*, qui constituent toujours des groupes, tandis que les chancres mous sont disséminés sur les parties génitales; — 3° le *tracé circonférentiel, festonné, polycyclique* et *microcyclique* des ulcérations herpétiques, disposition dont l'importance capitale a été signalée par A. Fournier (le contour du chancre mou est, au contraire, constitué par une ligne plus ou moins régulièrement circulaire); — 4° le *liseré rouge inflammatoire* qui entoure chaque vésicule ou chaque érosion d'herpès, et qui fait défaut dans la chancrelle; — 5° l'*absence de bubon;* l'adénopathie de l'herpès est insignifiante, tandis que le bubon suppuré est la règle dans le chancre mou. Ajoutons enfin que l'ulcération herpétique est plus superficielle que celle du chancre simple. Mais quelques-uns de ces caractères distinctifs peuvent faire défaut, et la confusion est alors possible, particulièrement chez la femme, ainsi que l'avait déjà remarqué Legendre. « La ressemblance des ulcérations herpétiques et des chancres simples est parfois si grande, qu'il devient nécessaire d'avoir recours à l'inoculation pour décider la question d'une manière positive [2]. » Le chancre mou est toujours inoculable, et l'herpès ne l'est jamais.

On est exposé à confondre l'herpès avec le *chancre induré ou syphilitique*, dans le cas d'*herpès solitaire* (herpès chancriforme). Ricord et A. Fournier ont insisté sur les difficultés de ce diagnostic, qui doit quelquefois, au début, rester en suspens et qu'on ne peut établir définitivement que par l'observation ultérieure de la maladie.

C'est surtout chez la femme qu'il importe de distinguer les *plaques muqueuses* des ulcérations herpétiques, car la plaque muqueuse est rare sur le pénis. Les plaques muqueuses sont des érosions superficielles, plates, peu suintantes, indolentes ou, au moins, non prurigineuses, qui répandent une odeur *sui generis*, et qui sont accompagnées d'adénopathie inguinale, polyganglionnaire, dure et non douloureuse; ces caractères semblent différer suffisamment de ceux

1. Voy. A. Doyon, *De l'herpès récidivant*, p. 33 et suivantes. — Legendre, mémoire cité sur l'herpès de la vulve. — Fournier, article CHANCRE du *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, p. 115.
2. V. Bruneau. Thèse citée, p. 52.

de l'herpès vulvaire, et cependant des erreurs de diagnostic peuvent être commises, et ont été commises même par des observateurs expérimentés [1].

Les caractères différentiels de l'*herpès anal* ou *péri-anal* sont les mêmes que ceux de l'herpès *génital*.

Traitement.

La thérapeutique de l'herpès est très simple. Comme *traitement général*, un purgatif léger pour combattre l'embarras gastrique, s'il y a lieu, des boissons délayantes ou acidules, la diète ou une alimentation modérée et prudente; comme *traitement local*, un topique inerte et pulvérulent quelconque, la poudre d'amidon par exemple, pour calmer les démangeaisons : tels sont les moyens qui suffiront le plus souvent.

Dans le *zona*, il faut, autant que possible, éviter la rupture et le déchirement des vésicules, en préservant le malade des frottements et des irritations extérieures. Mais si, en dépit de toute précaution, des excoriations se produisent, un simple pansement avec une pommade inerte, *non irritante*, doit être employé de préférence aux prétendues méthodes abortives (collodion, perchlorure de fer, etc.) qui n'ont jamais donné aucun bon résultat. L'application d'un vésicatoire, au niveau de l'émergence du nerf, est un traitement douloureux, inutile dans le zona non névralgique et inefficace dans le zona névralgique. Jamais le vésicatoire n'a prévenu les douleurs consécutives du zona, quand celles-ci doivent se produire. Les pommades calmantes, opiacées ou morphinées sont quelquefois utiles pendant l'éruption; Ernest Besnier conseille l'application d'une couche d'ouate imbibée de liniment oléo-calcaire légèrement opiacé [2].

Contre les *névralgies* et les *accidents nerveux* consécutifs au zona on a conseillé l'électricité sous forme de courants continus (E. Besnier) ou de courants interrompus (Duhring), le long du trajet du nerf malade. Les injections sous-cutanées de morphine sont utiles pour calmer momentanément la douleur; les cautérisations ignées superficielles (les pointes de feu) peuvent être aussi employées dans les névralgies

1. V. Labouré. Thèse citée, p. 61 et suivantes.
2. Voy. E. Besnier, Notes à la traduction de Kaposi, t. I, p. 427.

rebelles. Enfin certains malades se trouvent bien des eaux de Néris (Hillairet, E. Besnier).

Les complications oculaires du zona ophthalmique exigent un traitement spécial.

Les *ulcérations de l'herpès génital* doivent être traitées par les poudres inertes (poudre d'amidon), par les lotions ou les poudres astringentes, suivant les cas. On emploie quelquefois l'*eau blanche* ou les solutions faibles de nitrate d'argent; mais nous conseillons surtout l'application de la *poudre d'alun*. Ce procédé douloureux, mais sûr, réussit très bien notamment dans l'herpès confluent de la vulve.

Contre l'*herpès récidivant* du prépuce on a préconisé beaucoup les eaux sulfureuses naturelles et surtout l'eau d'Uriage (Doyon), comme unique moyen de guérison. Je ne nie pas l'efficacité des eaux d'Uriage contre l'herpès préputial, dans certains cas; mais tous les médecins ont pu voir des herpès génitaux disparaître sans le secours de ces eaux. Le temps et l'âge sont pour beaucoup dans la guérison de l'herpès récidivant du prépuce, qui est surtout, comme nous l'avons déjà dit, une affection de la jeunesse.

N. B. Voir les figures en chromolithographie de l'herpès, à la fin du volume : Planche III, fig. 1, 2, 3.

TROISIÈME GENRE

HYDROA

Etymologie. — De ὕδωρ (eau).

Synonymes. — *Herpès iris* de Bateman; *Hydroa vésiculeux* de Bazin.

Historique [1]. **Définition.** — Le genre hydroa, créé par Bazin, représente l'herpès iris de Bateman. Cette affection a été rattachée à l'*érythème polymorphe* par Hardy [2]; Hébra la considère comme une variété de l'*érythème exsudatif multiforme* [3]. Kaposi, Ernest Besnier et la plupart des auteurs partagent aujourd'hui l'opinion de Hardy et de Hébra [4]. Cependant nous croyons devoir maintenir le genre établi par Bazin, car *la lésion élémentaire de l'hydroa est une vésicule*. D'autre part, les vésicules hydroïques diffèrent complètement, par leur aspect, par leur isolement, par leur volume, par leur évolution, des groupes vésiculeux de l'herpès; c'est pourquoi nous leur assignons une place à part dans l'ordre des dermatoses vésiculeuses.

L'hydroa est caractérisé, à sa période d'état, par des vésicules isolées, aplaties et entourées d'un cercle rouge, rosé ou bleuâtre et irisé : d'où la dénomination d'*iris* qui lui avait été donnée jadis.

Très souvent, la vésicule hydroïque acquiert le volume d'une petite bulle, de sorte que l'hydroa peut être considéré comme un genre in-

1. L'historique de l'hydroa se confond avec celui de l'herpès (voy. le chapitre précédent).
2. Voy. Guibout, *loc. cit.*, 1876, p. 351.
3. Voy. Hébra, *loc. cit.*, trad. Doyon, t. I, p. 287. Voy. ci-dessus p. 241 et 243 de cet ouvrage.
4. Voy. Kaposi, trad. Besnier et Doyon, t. I, p. 438, note.

termédiaire entre les dermatoses vésiculeuses et les dermatoses bulleuses. Mais il faut bien savoir que cette *forme bulleuse de l'hydroa* est distincte de l'affection décrite par Bazin sous le nom d'hydroa bulleux. L'hydroa bulleux de Bazin est un pemphigus aigu à petites bulles.

Souvent aussi, les vésicules hydroïques présentent, à leur centre, une dépression ombiliquée, qui leur donne une certaine ressemblance avec les pustules de la vaccine; c'est pourquoi quelques auteurs ont attribué à l'hydroa la qualification de *vacciniforme*. Mais, selon nous, cette expression ne doit pas être employée pour désigner l'hydroa, tel que nous l'entendons, car elle a été appliquée par Bazin à une éruption tout à fait différente et encore mal déterminée [1].

Symptômes et marche [2]. — L'hydroa est généralement précédé et accompagné d'un léger mouvement fébrile et d'état saburral des voies digestives; mais ces phénomènes généraux peuvent être si peu marqués qu'ils passent inaperçus.

L'éruption occupe de préférence les *parties découvertes* et le *pourtour des articulations*. C'est sur le dos des mains, sur les poignets, sur les genoux et sur les articulations tibio-tarsiennes qu'elle se montre ordinairement en premier lieu, et elle peut rester limitée à ces régions. Mais, souvent, elle envahit le reste du corps, les membres, le tronc, le cou et la face [3]. Elle affecte fréquemment aussi la

1. Les dénominations d'*hydroa bulleux* et d'*hydroa vacciniforme*, qui créent une confusion regrettable, doivent disparaître de la nomenclature. Nous venons de dire que l'hydroa bulleux est une variété du pemphigus aigu. L'hydroa vacciniforme est, d'après Bazin, qui n'en rapporte qu'une observation, une affection très rare, que nous n'avons, pour notre part, jamais observée, et que Quinquaud rattache au dysidrosis (Voy. *Stomatite de l'hydroa*, in *Annales de dermatologie* de mai 1882).

Bazin donne de l'hydroa vacciniforme la description suivante :

« Cette affection débute par des taches rouges, sur lesquelles naissent bientôt des vésicules transparentes, qui ressemblent à celles qu'on observe dans l'herpès. Dès le second jour, ces vésicules, qui sont arrondies, présentent une ombilication très évidente; en peu de temps, il se forme une croûte successivement au centre et à la circonférence de la vésicule. Lorsque cette croûte se détache, elle laisse une cicatrice déprimée; les cicatrices nombreuses qui couvrent la surface du corps, quand l'éruption est guérie, pourraient faire croire à l'existence antérieure d'une variole. L'affection se prolonge par des poussées successives pendant plusieurs mois » (six mois chez le malade de Bazin). Voy. Bazin, *Affections génériques de la peau*, 1862, p. 133, 134).

2. Voy. la description de l'*hydroa vésiculeux* de Bazin (*Leçons sur les Affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, 1868, p. 195 et suivantes).

3. J'ai vu en 1881, à l'hôpital Cochin, sur un jeune homme de vingt ans, une éruption d'hydroa qui avait débuté par le front et qui est restée localisée à la partie supérieure de la face.

muqueuse buccale et même le voile du palais et l'isthme du gosier; nous l'avons également observée sur la *conjonctive oculaire* [1].

Cependant cette éruption, quoique généralisée, est toujours discrète; les efflorescences sont bien isolées les unes des autres, et certaines régions restent parfois complètement indemnes.

La lésion cutanée débute quelquefois, mais rarement, d'emblée par une vésicule entourée d'une auréole rouge, le plus souvent par une tache arrondie, discoïde, saillante, à contours nets, d'un rouge plus ou moins foncé. Les taches érythémateuses primitives, dont les dimensions varient depuis la largeur d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 50 centimes, s'entourent quelquefois d'une auréole plus claire, d'un rose pâle. Au centre de chacune de ces taches apparaît assez rapidement une vésicule plus ou moins large, d'abord claire et transparente, puis jaunâtre, qui s'affaisse vers le deuxième jour de l'éruption. Le centre de cette vésicule se dessèche et se trouve alors occupé par une croûtelle ordinairement brunâtre, à cause de l'exsudation sanguine qui s'est faite dans la cavité vésiculaire ou de l'excoriation produite par le grattage. Le soulèvement épidermique persiste plus longtemps autour de la croûtelle centrale; il prend une teinte blanchâtre et reste saillant, de sorte qu'à ce moment, vers le troisième ou quatrième jour de l'éruption, la lésion présente l'aspect suivant du centre à la circonférence : une dépression centrale occupée par la petite croûte jaune ou brune; une zone blanchâtre représentant l'épiderme soulevé; un anneau rouge ou violacé et un nouvel anneau d'un rose pâle à la périphérie. C'est à l'association de ces couleurs, de nuances différentes, dont les teintes rappellent celles de l'arc-en-ciel, que l'éruption doit sa forme élégante et spéciale. Vers le cinquième jour, la rougeur de la plaque s'atténue, et la coloration érythémateuse ne tarde pas à s'effacer complètement. En même temps, la croûtelle centrale se détache, mais elle peut laisser, comme trace de son existence, une tache rougeâtre ou violacée, assez lente à disparaître.

Parfois, les disques primitifs s'entourent d'un ou de deux autres anneaux vésiculeux excentriques, reposant eux-mêmes sur une base

1. Notamment chez le malade cité dans la note précédente : Hydroa du front, de la partie supérieure des joues et de la conjonctive (hôpital Cochin, avril 1881).
L'hydroa de la conjonctive avait déjà été signalé par Bazin (*loc. cit.*, p. 195).
Un siège plus rare de l'hydroa est le *cuir chevelu*. Sur cette région, les détails de l'éruption échappent, et la lésion se manifeste seulement par l'existence de petites croûtes, dont la nature est révélée par l'éruption cutanée concomitante.

rouge et enflammée, et qui n'arrivent souvent à leur développement complet que quand la vésicule centrale a déjà presque entièrement disparu.

Dans d'autres cas, la fluxion cutanée avorte, en quelque sorte; le soulèvement épidermique est éphémère, et le liquide se résorbe aussitôt que la vésicule est formée. Celle-ci s'affaisse, et la lésion est alors constituée uniquement par une plaque rouge saillante, présentant, à son centre, une dépression blanchâtre, trace de la vésicule disparue. Cette variété abortive de l'hydroa a été confondue souvent avec l'érythème papuleux, avec lequel, en effet, elle offre quelque analogie [1].

Sur les *muqueuses*, l'éruption présente des caractères un peu différents. Sur la muqueuse buccale, l'hydroa débute par des taches érythémateuses sur lesquelles se produisent, au bout de quelques heures, des vésicules résultant du soulèvement des couches superficielles de la muqueuse [2]. Ce soulèvement aboutit à la formation d'un *exsudat superficiel* muco-fibrineux ou séro-fibrineux (Quinquaud). Bientôt la destruction de l'épithélium donne naissance à des *exulcérations* arrondies ou irrégulières, grisâtre p[illegible], dont l'aspect rappelle celui des plaques muqueuses sypl[illegible]es. Ces exulcérations sont entourées d'une auréole rouge ou v[illegible]e. Leur cicatrisation s'opère vers le commencement du secc[illegible]en[illegible]e; elle laisse après elle des taches brunâtres qui persistent quelquefois pendant plusieurs mois (Quinquaud).

L'hydroa buccal siège, par ordre de fréquence, sur la lèvre inférieure, sur la face interne des joues, sur la langue, sur la voûte palatine et sur le voile du palais. Il est accompagné de cuisson et de douleur, de gêne de la mastication et de la déglutition, et d'une salivation abondante, comme toutes les stomatites.

Les lésions de l'*hydroa de la gorge* sont les mêmes que celles de l'hydroa buccal; les troubles fonctionnels sont ceux de toute angine.

Sur la *conjonctive*, l'éruption est plus rare; elle ne se manifeste que par deux ou trois petites vésicules isolées, accompagnées de rougeur et d'injection de la muqueuse et de larmoiement. La déchirure de ces vésicules donne lieu à des exulcérations généralement peu doulou-

1. Cette remarque a été faite par Bazin (*loc. cit.*, p. 197).
2. Voy. l'excellente description de Quinquaud, *Stomatite de l'hydroa*, in *Annales de dermatologie*, mai 1882.

reuses et dont la cicatrisation est rarement retardée au delà d'un septenaire.

L'éruption de l'hydroa se fait par poussées successives, pendant plusieurs jours, de sorte qu'on peut trouver, sur le même sujet, des vésicules à différents degrés d'évolution.

La durée totale de la maladie varie entre une et trois semaines, en moyenne. Chaque élément éruptif dure cinq ou six jours au plus.

L'hydroa peut récidiver.

Etiologie. — L'hydroa est une affection aiguë, qui semble fréquemment liée à l'arthritisme; mais, souvent aussi, il est impossible de découvrir aucun antécédent morbide chez les sujets qui en sont atteints.

C'est une éruption de la jeunesse et de l'âge adulte, plus fréquente chez les hommes et observée principalement au printemps et à l'automne.

Diagnostic. — L'hydroa doit être distingué de l'érythème polymorphe, de l'herpès et du pemphigus.

Dans l'*érythème polymorphe* et dans l'*érythème papuleux*, on peut observer des vésicules; mais ces vésicules, toujours secondaires, sont inconstantes et accessoires, tandis que la vésicule de l'hydroa constitue la lésion principale et constante de cette affection.

Les groupes vésiculeux de l'*herpès phlycténoïde* et de l'*herpès labial symptomatique* présentent des caractères morphologiques différents de ceux de l'hydroa. Le *zona*, en raison de la disposition particulière de l'éruption, ne peut prêter à aucune confusion.

L'*herpès circiné* et l'*herpès iris parasitaire* (herpès iris de Biett), qui ne présente, avec l'herpès iris de Bateman, d'autre analogie que le nom, sont trop différents l'un et l'autre de l'hydroa, malgré leur forme circinée, pour permettre une erreur de diagnostic.

Le *pemphigus aigu* est constitué par des bulles saillantes, globuleuses, entourées d'une légère auréole rouge, qui ne ressemblent pas aux vésicules aplaties de l'hydroa ni à ses disques multicolores ou d'un rouge foncé.

L'hydroa des muqueuses est généralement d'un diagnostic facile, à cause de l'éruption cutanée concomitante.

Les exulcérations de l'hydroa buccal diffèrent des *syphilides érosives* par leur marche plus rapide et par la réaction inflammatoire plus vive qu'elles déterminent. Les lésions de l'hydroa sont aussi plus nombreu-

ses et plus diffuses que celles de la syphilis. Sur les lèvres, l'hydroa siège sur la ligne médiane ou sur les côtés de cette ligne, tandis que les plaques muqueuses occupent de préférence les commissures (Quinquaud).

Les *vésicules aphtheuses* sont plus petites que celles de l'hydroa; elles sont arrondies, et les exulcérations qui leur succèdent sont mieux limitées, plus profondes et entourées d'un bourrelet saillant.

La stomatite ulcéro-membraneuse, la diphthérie et le muguet diffèrent trop, par leurs symptômes objectifs et subjectifs, de l'hydroa buccal et pharyngé, pour que nous insistions sur leur diagnostic.

Pronostic et traitement. — L'hydroa est une affection bénigne, qui guérit toujours spontanément et sans accident.

Le traitement devra se borner à des bains d'amidon, à l'application de poudre d'amidon sur la peau, à des lotions émollientes sur les lèvres, à des collutoires et à des gargarismes émollients, si l'éruption envahit la bouche et la gorge.

A ce traitement local très simple on associera le repos, un régime doux, du lait, des boissons délayantes, des laxatifs et un purgatif léger s'il y a lieu.

N. B. — Voir la figure chromolithographiée de l'hydroa, à la fin du volume : Planche IV, fig. 1.

TROISIÈME ORDRE

DERMATOSES BULLEUSES

PREMIER GENRE

PEMPHIGUS

Etymologie. — De πεμφιξ, — *bulla*, bulle.

Synonymes. — *Morbus bullosus* ou *phlyctenoïdes; febris bullosa; affectio scorbutico-pustulosa; typhus vesicularis; febris ampullosa; morta; febris vesicatoria; fièvre pemphigoïde;* — *pemphigus* (Sauvages, Rayer, Cazenave et Schedel, Gibert, Devergie, Bazin, Hardy, Erasmus Wilson, Tilbury Fox, etc.); *pompholix* (Willan et Bateman); — *pemphix* (Alibert).

Blasenausschlag, *Blasenfieber*, *Blasenkrankheit* (allemand).

Al-foukah (arabe) [1].

Historique.

On ne trouve dans les anciens auteurs aucune description qui s'applique exactement au pemphigus. Sous les noms de πεμφιγοδες πυρετοι, de φλυκταινιδες, *Hippocrate* décrit toutes les affections vésiculeuses et bulleuses, et notamment les éruptions consécutives aux fièvres (herpès labialis). *Galien* se sert également du mot pemphix dans plusieurs acceptions distinctes. Il n'y a pas plus de précision dans les ouvrages d'*Aetius*, de *Celse*, de *Rhazès*, etc. [2].

1. Voy. *Monographie du pemphigus*, par Hassan-Effendi Mahmoud. — Thèse de Paris, 1869.

2. Voy. Savary, *Recherches historiques sur le pemphigus* (in *Biblioth. médicale*, t. XLI, p. 168).

Bidault de Villiers, *Rech. et observ. sur le pemphigus, son histoire et sa synonymie* (in *Journal général de méd.*, t. XIV, p. 3); 1815.

Compendium de médecine de Monneret et Fleury, t. VI, p. 343.

D'après Rayer, *Ch. Lepois* est le premier auteur qui ait indiqué clairement le pemphigus [1]; mais il donnait aux bulles le nom d'hydatides [2]. Beaucoup d'écrivains du XVIIe et du XVIIIe siècle ne mentionnent même pas cette maladie; d'autres en rapportent des observations isolées, sous des noms divers. *Sauvages* est le premier qui sorte de la confusion et qui adopte, pour l'affection dont il s'agit, la dénomination de pemphigus [3].

En dehors des traités didactiques sur les maladies de la peau, les travaux spéciaux les plus importants sur le pemphigus sont dus à *Wichmann* [4] (1791), à *Braun* [5] (1795) et surtout à *Gilibert* [6].

Le mémoire de Stanislas Gilibert a servi de base aux descriptions de la plupart des auteurs français, et la division qu'il a proposée, en pemphigus aigu et pemphigus chronique, a été généralement adoptée. Au contraire, Wichmann pensait que le pemphigus aigu (febris bullosa) était une affection distincte du *pemphigus chronique* ou *pemphigus vrai*. L'opinion de Wichmann, déjà partagée par Willan, qui révoquait en doute l'existence du pemphigus aigu, a été admise de nos jours par Hebra et par quelques-uns de ses disciples.

L'élève et le continuateur de Willan, *Bateman*, traite dans deux chapitres séparés du pemphigus ou fièvre bulleuse (pemphigus aigu) et du *pompholix* (pemphigus chronique). Il rejette l'existence de la première affection; d'après lui, il n'y a pas de fièvre bulleuse idiopathique, pas de pemphigus aigu primitif. Toutes les observations de fièvre bulleuse, rapportées par les auteurs, sont relatives à des bulles secondaires, accidentelles et symptomatiques, survenues dans le cours de la fièvre typhoïde, de la dysenterie maligne, etc. [7].

Le *pompholix* de Willan et de Bateman répond au pemphigus chronique. « C'est une éruption de bulles paraissant sans aucune inflammation ambiante et sans fièvre [8]. » Bateman décrit, d'après Willan, trois variétés de pompholix : 1° *pompholix benignus;* 2° *pom-*

1. Ch. Lepois, *De morbis a serosa colluvie et diluvie ortis* (1618), cité par Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 278.
2. Voy. Hébra, édit. française, *loc. cit.*, t. I, p. 805.
3. Voy. Sauvages, *Nosol. methodica*, t. I, p. 430. Amsterdam, 1768.
4. Wichmann, *Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus*. Erfurt, 1791.
5. Braun, *Versuch über den Pemphigus*, Leipsick, 1795.
6. Voy. Stanislas Gilibert, *Monographie du pemphigus ou traité de la maladie vésiculaire*. Paris, 1813.
7. Voy. Bateman, *loc. cit.*, trad. Bertrand, p. 181, 182.
8. Voy. Bateman, *loc. cit.*, p. 183 et suiv.

pholix diutinus, qui est le vrai pemphigus chronique successif; 3° *pompholix solitarius*, dans lequel il n'existe qu'une seule bulle à la fois; cette forme, très rare, est particulière aux femmes, d'après Willan.

Alibert, dans le *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau*, considérait le pemphigus comme une espèce de *dartre phlycténoïde* (dartre phlycténoïde confluente). Dans la *Monographie des dermatoses*[1], il décrit cette maladie comme un genre à part, sous le nom de *pemphix*, et lui reconnaît deux espèces : *a.* le *pemphix aigu* (*pemphix acutus*); *b.* le *pemphix chronique* (*pemphix chronicus*), qui répond au pompholix diutinus de Bateman. Alibert mentionne le pemphigus des muqueuses et admet un pemphigus intestinal. Il insiste particulièrement sur le pronostic grave du pemphigus chronique et sur les douleurs qu'il détermine; il faut lire dans la *Monographie des dermatoses*[2] la description brillante et emphatique « des tourments excessifs auxquels se trouve exposé à tout instant » le malade atteint de pemphigus.

Rayer[3] adopte la distinction du *pemphigus aigu* (fièvre bulleuse ou pemphigoïde) et du *pemphigus chronique* (pompholix diutinus de Willan). Il signale, parmi les variétés, le pemphigus solitaire et consacre quelques mots au pemphigus des muqueuses. Il rapporte des observations de *pemphigus circinatus*, variété créée par lui, de *pemphigus infantilis* et de *pemphigus acutus*.

Cazenave et *Schedel*[4], élèves de Biett, admettent le *pemphigus aigu*, à l'exemple de Gilibert et de Biett, et contrairement à l'opinion de Willan. Ils considèrent le *pemphigus infantile*, que Trousseau leur avait appris à connaître, et le *pompholix solitarius* de Willan, comme des variétés du pemphigus aigu. Cependant le pompholix solitarius peut aussi, d'après Biett, exister à l'état chronique.

La description du *pemphigus chronique* est très exacte et très complète dans l'ouvrage de Cazenave et Schedel. D'après ces auteurs, le pemphigus peut être accompagné d'autres éruptions; ainsi, pour eux, le *pemphigus pruriginosus* est un pemphigus chronique compliqué de prurigo.

Chausit[5], dont l'ouvrage a été inspiré par l'enseignement de Caze

1. Voy. *Monographie des dermatoses*, p. 47.
2. Pages 52 et 53.
3. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 266 et suiv.
4. *Abrégé pratique des maladies de la peau*, 3e édit., 1838, p. 153 et suiv.
5. Voy. Maurice Chausit, *Traité élémentaire des maladies de la peau*. Paris, 1853.

nave, considère le pemphigus aigu et le pemphigus chronique comme deux formes identiques par leurs symptômes, mais distinctes par leur marche et par leur gravité.

Il divise le pemphigus aigu en quatre variétés : 1° le *pemphigus aigu simultané*, véritable type de la maladie, qui dure de un à deux septénaires; — 2° le *pemphigus aigu successif*, constitué par des éruptions successives, qui individuellement se comportent comme celles du pemphigus aigu simultané; le *pompholix solitarius* de Willan est une forme du pemphigus aigu successif; — 3° le *pemphigus aigu prurigineux*; cette variété, qui se présente tantôt à l'état simultané, tantôt sous la forme successive, est caractérisée par l'existence de démangeaisons très violentes qui précèdent et accompagnent l'éruption [1]; — 4° le *pemphigus spontané fébrile* ou fièvre vésiculaire de Gilibert (fièvre pemphigoïde).

La description de Chausit est excellente, mais cet auteur a trop multiplié les subdivisions. Le pemphigus aigu simultané doit être rattaché à la fièvre pemphigoïde; le pemphigus successif est un pemphigus chronique à poussées aiguës; enfin le pemphigus prurigineux, tel que le décrit Chausit, est soit une *manière d'être* du pemphigus, soit une éruption mixte, mais ne peut être considéré comme une espèce distincte.

Le *pemphigus chronique* présente deux formes : *a*. le pemphigus chronique successif; *b*. le pemphigus chronique continu, qui, le plus souvent, prend l'aspect foliacé : c'est le *pemphigus foliacé*, ainsi dénommé par Cazenave et dont nous trouvons pour la première fois la description.

Chausit mentionne enfin une forme de pemphigus dont l'histoire clinique était alors toute récente : le *pemphigus des nouveau-nés* (*pemphigus infantilis* de Hufeland, *pemphigus gangrenosus* de Whitley Stokes [2], *pemphigus neo-natorum* de Gustave Krauss [3]), qui siège exclusivement à la plante des pieds et à la paume des mains ; il rattache cette éruption à la syphilis.

1. Le *pemphigus prurigineux* de Chausit et de Cazenave était, d'après ces auteurs, une affection qui se développait sous l'influence d'émotions morales vives. Sous la même dénomination, M. Hardy décrit une éruption bulleuse, papuleuse et vésiculeuse, propre à la grossesse et à laquelle on donne généralement aujourd'hui le nom d'herpès gestationis (voy. ci-dessus l'*Appendice aux herpès symptomatiques*).

2. Whitley Stokes, *Dublin Medical and Physical Essays*, vol. 1, p. 146; Dublin, 1808.

3. Krauss, *De pemphigo neo-natorum*, Bonnæ, 1834 (cité par Cazenave et Schedel, p. 157).

Gibert [1] démontre longuement l'insuffisance des divisions établies par Bateman et admet les quatre variétés suivantes :

1° Le pemphigus *bénin* et aigu, soit fébrile, variété décrite par Gilibert, soit apyrétique;

2° Le pemphigus chronique bulleux ordinaire, relativement bénin;

3° Le pemphigus chronique grave, à forme confluente, accompagné de croûtes et d'une abondante desquamation foliacée, affection le plus souvent incurable et même mortelle : c'est le *pemphigus foliacé*, que Gibert décrit ainsi sans en prononcer le nom.

Ces deux formes (deuxième et troisième) répondent au pompholix diutinus de Willan.

4° Le *pompholix solitarius de Willan.*

Devergie [2] mentionne les divisions du pemphigus en solitaire ou confluent, simultané ou successif, pyrétique ou apyrétique, etc. Il consacre quelques lignes au pemphigus solitaire et décrit séparément le pemphigus aigu et le pemphigus chronique.

Le pemphigus aigu de cause interne est général; c'est une affection fébrile, qui dure de trois à quatre semaines et qui se propage aux muqueuses. Le pemphigus aigu de cause externe est au contraire toujours limité à une étendue peu considérable. Le pemphigus aigu général peut être observé chez les jeunes enfants comme chez les adultes; mais cette forme est distincte du *pemphigus des nouveau-nés.* Celui-ci siège à la plante des pieds et à la paume des mains; il existe déjà *au moment de la naissance;* il est toujours d'origine syphilitique, d'après Devergie.

Le *pemphigus chronique* est *discret* et siège alors de préférence aux jambes et aux avant-bras, ou soutenu, successif (*pemphigus diutinus*). Le pemphigus diutinus envahit peu à peu la totalité du corps et répand une odeur fade, nauséabonde, *caractéristique*. Devergie décrit, sans le nommer, le pemphigus foliacé comme terminaison du pemphigus diutinus, et le distingue du *pityriasis rubra* [3]. Nous signalons, sans nous y arrêter, le *pemphigus herpétiforme* de Devergie; cette disposition particulière de l'éruption ne suffit pas pour constituer une espèce distincte.

1. Voy. Gibert, *loc. cit.*, p. 158.
2. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 298 et suiv.
3. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 304 et 308.

Hardy [1] décrit deux variétés de *pemphigus aigu :* le pemphigus des adultes (pemphigus aigu de Gilibert) et le *pemphigus des nouveau-nés.* Il distingue, comme Devergie, le pemphigus plantaire et palmaire des nouveau-nés, qui est toujours d'un pronostic très grave, du pemphigus vulgaire, discret, à siège variable, qu'on peut observer chez les nouveau-nés aussi bien que chez les adultes et qui se termine généralement par la guérison.

Hardy reconnaît trois variétés de pemphigus chronique : 1° le pemphigus bulleux successif ou *diutinus;* 2° le *pemphigus foliacé*, quelquefois primitif, mais le plus souvent secondaire au pemphigus bulleux; 3° le pemphigus prurigineux, que nous avons décrit précédemment sous le nom d'*herpès gestationis.*

Hardy admet le pemphigus des muqueuses de la bouche, du pharynx et de l'œsophage; mais, pour lui, les complications gastro-intinales, constatées souvent dans le cours du pemphigus, ne suffisent pas pour faire admettre un pemphigus gastrique ou intestinal, dont l'existence ne repose sur aucune observation anatomique précise.

Bazin [2] décrit longuement le pemphigus; il admet une forme aiguë et une forme chronique et voudrait, à l'exemple de Willan, donner au pemphigus chronique le nom de pompholix, pour le distinguer du pemphigus aigu; il considère en effet ces deux formes comme deux espèces morbides profondément distinctes [3].

Il propose une classification étiologique en rapport avec ses idées doctrinales [4] et divise le pemphigus en deux classes : P. de cause externe et P. de cause interne.

Le *pemphigus de cause externe* se compose : 1° du *P. artificiel,* qui comprend les bulles produites par la vésication (cantharides et ammoniaque) et par l'eau bouillante, celles qui résultent de la morsure du serpent (brasiliensis), et le pemphigus simulé; 2° du *P. pathogénétique*, déterminé par l'usage des aliments ou des alcools de mauvaise qualité et par les arsenicaux.

Le *pemphigus de cause interne* renferme les variétés suivantes : 1° le pemphigus pseudo-exanthématique (fièvre bulleuse); 2° le pemphigus symptomatique ou fébrile (pemphigus compliqué de Gilibert);

1. Voy. Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 2e partie, 1859, p. 126-128.
2. Voy. Bazin, *Affections génériques de la peau*, 2e vol., 1865, p. 210 et suiv.
3. Voy. Bazin, *loc. cit.*, p. 225.
4. Voy. Bazin, *loc. cit.*, p. 244.

3° le pemphigus herpétique; 4° le pemphigus arthritique; 5° le pemphigus lépreux ou léproïde bulleuse; 6° le pemphigus syphilitique des adultes et des nouveau-nés.

Nous n'avons pas besoin de faire ressortir les vices de cette classification, dont plusieurs espèces sont inacceptables.

Erasmus Wilson[1] considère le pemphigus comme une affection essentiellement *chronique*[2] et admet les espèces suivantes : pemphigus *vulgaris; P. solitarius; P. gangrænosus* (de Whitley Stokes, ou pemphigus infantilis de Willan); *P. foliaceus; P. pruriginosus* de Hardy, dont l'existence est liée à la grossesse.

Tilbury Fox[3] décrit le pemphigus aigu, le pemphigus des nouveau-nés et le pemphigus chronique. Celui-ci présente trois formes : le pemphigus *diutinus*, le pemphigus ordinaire ou *vulgaris* et le pemphigus *solitarius*. Fox décrit aussi, comme une variété spéciale, le *pemphigus foliacé*.

Neligan et *Belcher*[4] admettent également un pemphigus aigu et un pemphigus chronique et décrivent les formes classiques : *P. benignus, solitarius, infantilis* (gangrænosus de Whitley Stokes); *P. diutinus* et *foliaceus*.

Hébra[5] rejette l'existence du pemphigus aigu, fébrile ou exanthématique. Pour lui, les éruptions bulleuses rapportées par les auteurs au pemphigus aigu sont des faits mal observés. Ce sont tantôt des bulles secondaires de l'urticaire, de l'érysipèle ou de la variole, tantôt la varicelle bulleuse ou l'herpès iris, tantôt des poussées éphémères de pemphigus chronique, qu'on a considérées à tort comme appartenant à un pemphigus aigu.

Cette opinion de Hébra est inacceptable; elle n'est même pas partagée par ses élèves *Kaposi*[6] et *Neumann*[7], qui admettent et décrivent un pemphigus aigu.

Dans sa description du *pemphigus chronique*, ou pemphigus vrai,

1. Voy. Erasmus Wilson, *The student's Book of cutaneous medecine, etc.*, 1864, t. I, p. 184-187 et suiv.
2. The affection is therefore essentially *chronic*, and differs in different persons only in degrees of chronicity : the terme *acute* is not reasonably applicable to pemphigus (E. Wilson, *loc cit.*, p. 185).
3. Voy. T. Fox, *loc. cit.*, p. 211 et suiv.
4. Voy. Neligan et Belcher, *loc. cit.*, p. 140.
5. Voy. Hébra, *loc. cit.*, trad. Doyon, t. I, p. 392.
6. Voy. Kaposi, trad. Besnier et Doyon, t. I, p. 442.
7. Voy. Neumann, *loc. cit.*, trad. Darin, p. 222.

Hébra n'attache qu'une importance secondaire « au nombre des bulles, aux dessins formés par leur juxtaposition, à la présence ou à l'absence de symptômes subjectifs, à l'âge du malade, etc.; il s'en tient seulement aux différences qui portent sur les phénomènes essentiels de la maladie et qui marquent le cas d'une empreinte particulière, depuis son origine jusqu'à sa terminaison [1]. »

En considérant le sujet à ce point de vue, il reconnaît *deux formes de pemphigus*, suivant la marche des bulles. Dans l'une, des bulles suivent une évolution typique qui aboutit à la reproduction de l'épiderme : c'est le *pemphigus vulgaris* avec ses deux variétés *simultaneus* et *successivus*. Dans l'autre, le contenu des bulles se dessèche sous forme de croûtes; l'épiderme, en se décollant, laisse le derme à nu : c'est le *pemphigus foliaceus* (pemphigus foliacé de Cazenave).

La classification et les idées de Hébra, relativement au pemphigus chronique, sont adoptées et reproduites par *Kaposi* [2].

Neumann [3] décrit, à la suite du pemphigus aigu, le pemphigus chronique, dont il admet plusieurs variétés : 1° le *pemphigus vulgaire*, soit *bénin* ou simple, soit *malin* (diutinus de Willan); 2° le *pemphigus prurigineux;* 3° le *pemphigus foliacé*. Il décrit brièvement le *pemphigus gangréneux* de W. Stokes.

Définition et description générale.

Le pemphigus est une affection cutanée caractérisée par l'éruption simultanée ou successive, discrète ou confluente, sur un ou plusieurs points du corps, de *bulles* généralement assez volumineuses, distendues par un liquide clair ou jaunâtre; ces bulles se rompent et laissent écouler leur contenu, qui se concrète en croûtes minces et foliacées; celles-ci laissent, en se détachant, soit de simples taches brunâtres, soit des exulcérations superficielles qui ne sont jamais suivies de cicatrices.

L'évolution des bulles du pemphigus parcourt *trois périodes :*

1° On voit apparaître, en premier lieu, des *taches* arrondies ou ovalaires, d'un *rouge* d'abord clair, puis plus foncé, généralement bien distinctes les unes des autres et accompagnées de cuisson et de démangeaison. En même temps que l'éruption de ces taches érythéma-

1. Voy. Hébra, *loc. cit.*, t. I, p. 811.
2. Voy. Kaposi, *loc. cit.*, t. II, p. 50.
3. Voy. Neumann, *loc. cit.*

teuses et quelquefois avant elle, on observe des phénomènes généraux qui diffèrent suivant les espèces de pemphigus. La durée des taches prodromiques est très courte; parfois le développement des bulles est tellement rapide qu'on ne peut pas constater la rougeur du début.

2° Au niveau de chacune de ces taches, l'épiderme se soulève, décollé par l'exhalation séreuse. Une *bulle* arrondie, hémisphérique se forme, comparable à la phyctène de la brûlure. « Tantôt le soulèvement de l'épiderme envahit toute la surface enflammée; tantôt il n'occupe que la partie centrale de la tache rouge primitive, et la collection séreuse se trouve alors entourée d'une auréole rouge plus ou moins large [1]. » Dans l'intervalle des bulles normales, quand celles-ci sont écartées les unes des autres, la peau est tout à fait saine et présente sa coloration normale; elle peut au contraire offrir une teinte érythémateuse générale quand les bulles sont très rapprochées [2].

Le volume des bulles varie depuis les dimensions d'un gros pois jusqu'à celles d'une noix. Ordinairement, leur grosseur est celle d'une noisette; exceptionnellement, M. Hardy a vu une bulle de la grosseur d'une tête d'enfant.

A sa période d'état, la bulle du pemphigus est régulière, arrondie, hémisphérique, rénitente, tendue par le liquide qui la remplit. Ce liquide est d'abord limpide; mais il ne tarde pas à devenir lactescent; il peut être séro-purulent dès le début, dans certaines conditions de cachexie particulière; dans d'autres cas, il est rouge et sanguinolent.

La composition chimique du contenu des bulles est assez simple : c'est un liquide très albumineux, coagulable par la chaleur et les acides. L'examen microscopique y fait découvrir des leucocytes, des cellules épithéliales plus ou moins altérées, et souvent des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien (Lailler, Guiraud) [3]. Ce fait est important si on le rapproche de la phosphaturie constatée par Chalvet, chez les malades atteints de pemphigus [4].

Au bout d'un temps variable, de un à trois jours environ, les bulles s'affaissent et s'aplatissent; leur surface se ride et se flétrit; le fluide se résorbe en partie, et en partie s'accumule vers le point le plus déclive de la bulle, comme dans une espèce de poche pendante. Dans cet état,

1. Voy. Bazin, *Affections génériques de la peau, loc. cit.*, p. 214.
2. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 267.
3. Voy. Guiraud, *Du pemphigus chronique.* Thèse de Paris, 1865, pages 21 et 29.
4. Voy. *Bull. de la Soc. anatomique de Paris*, déc. 1861.

la bulle, abandonnée à elle-même, ne tarde pas à se rompre spontanément, du cinquième au sixième jour, d'après Alibert, mais quelquefois beaucoup plus tôt. Souvent, d'ailleurs, les bulles sont déchirées, dès les premières heures de leur formation, par le frottement des vêtements ou par le grattage. Parfois, mais rarement, quelques-unes des bu[illegible]es moins volumineuses peuvent s'affaisser sans se rompre, grace a la résorption complète de leur contenu.

3° A[illegible]rès que les bulles se sont vidées, dit Gilibert [1], leur base dénudée peut exhaler encore, pendant quelque temps, une certaine quantité de sérosité. Mais, bientôt, les surfaces rouges, excoriées, qui représentent les bulles r[illegible] se dessèchent et se recouvrent d'une squame mince, large, fonacee, [illegible]dhérente, en grande partie formée de débris épidermiques [2]. Da[illegible]elques cas, la sécrétion qui suinte au niveau des bulles rompue[illegible]vient purulente, se dessèche et se concrète en croûtes plus ou [illegible]s épaisses, ordinairement squameuses, quelquefois rugueuses, [illegible] brunissent à mesure qu'elles vieillissent (Gilibert).

Ces croûtes ou ces squames se détachent assez rapidement; elles laissent à leur suite une t[illegible]ro[illegible]ge lie de vin, qui s'exfolie encore pendant quelques jours et per[illegible] quelquefois assez longtemps. Mais ces taches finissent elles-m[illegible]par disparaître sans laisser aucune trace.

Le pemphigus, dans sa forme aiguë et dans sa forme chronique, peut se montrer sur les *muqueuses* en même temps que sur la peau. On l'a observé sur les muqueuses de la bouche, de la langue, du voile du palais et du pharynx, sur la conjonctive, sur la muqueuse du vagin et sur celle de l'urèthre (Vidal et Colson) [3]. Sur les muqueuses exposées à la vue, l'éruption se présente sous la forme de bulles phlycténoïdes, analogues à celles du pemphigus cutané. Ces bulles se crèvent rapidement et sont remplacées par un exsudat blanchâtre, formé de mucus et de débris épithéliaux, et au-dessous duquel la muqueuse est exulcérée.

Tels sont les caractères génériques du pemphigus; mais ce genre comprend plusieurs espèces distinctes. La division en pemphigus aigu

1. Voy. Gilibert, *loc. cit.*, p. 118.
2. Voy. Bazin, *loc. cit.*, p. 216.
3. Voy. les notes à la traduction de Duhring, par Barthélemy et Colson, p. 272.

et pemphigus chronique est exacte, mais insuffisante; sans tenir compte des variétés secondaires, il faut admettre quatre espèces de pemphigus :

1° Le *pemphigus aigu fébrile* (fièvre bulleuse ou pemphigoïde) ;

2° Le *pemphigus des nouveau-nés ;*

3° Le *pemphigus chronique bulleux ordinaire* (pompholix de Willan, pemphigus vulgaire de Hébra);

4° Le *pemphigus foliacé.*

Description des espèces.

I. — Pemphigus aigu fébrile.

Synonymes. — *Pemphix acutus* d'Alibert; *pemphigus pyrétique; fièvre bulleuse ou pemphigoïde; fièvre vésiculaire; pemphigus spontané fébrile; fièvre synoque avec vésicules; pemphigus pseudo-exanthématique ou essentiel* de Bazin [1].

Symptômes et marche. — Le pemphigus aigu est annoncé, comme les exanthèmes fébriles, par des phénomènes généraux plus ou moins intenses, sur lesquels Gilibert a particulièrement insisté et qui constituent la *période d'invasion* de la maladie.

Tantôt ces symptômes précurseurs consistent seulement dans une fièvre modérée, avec courbature, malaise général et sensation de prurit ou de chaleur à la peau; — tantôt, mais rarement, ils sont beaucoup plus graves, et on observe des frissons, des vomissements et du délire ; « la fièvre est alors très vive, le visage s'anime et se colore; la langue se couvre d'un enduit blanchâtre; il y a de la soif et de l'insomnie; le malade éprouve un sentiment de cuisson dévorante dans tout le corps [2] (Alibert) : cet état grave caractérise la forme maligne et confluente du pemphigus aigu.

Dans la *forme simple et bénigne,* les symptômes d'invasion durent vingt-quatre à quarante-huit heures, quelquefois trois ou quatre jours; ils diminuent d'intensité ou se dissipent complètement quand l'éruption apparait.

L'*éruption* débute par des taches rouges, arrondies, saillantes, sur lesquelles les bulles se développent très rapidement. Elle peut se mon-

1. Voy. Bazin, *Affect. génér. de la peau,* 2e volume, 1865, p. 248.
2. Voy. Alibert, *Monographie des dermatoses,* p. 18.

trer simultanément ou successivement sur plusieurs points de la surface cutanée; mais elle est ordinairement *discrète* et envahit de préférence les parties supérieures du corps (Bazin) [1].

Tantôt les bulles occupent toute l'étendue des taches érythémateuses et sont seulement entourées d'une étroite auréole rouge ou rosée; tantôt les bulles sont très petites, reposent sur une large surface rouge, et l'épiderme n'est soulevé par la sérosité qu'au centre des taches. Cette dernière variété, dans laquelle les dimensions des bulles varient entre la grosseur d'une lentille et celle d'un pois, a reçu le nom de *pemphigus à petites bulles;* c'est l'affection considérée à tort par Bazin comme une forme de l'hydroa et désignée par lui sous le nom d'hydroa bulleux [2].

Mais ordinairement les bulles du pemphigus aigu sont plus volumineuses qu'un pois; elles atteignent souvent la grosseur d'une noisette, et même quelquefois plusieurs bulles se réunissent pour former une tumeur qui dépasse les dimensions d'un œuf d'oie (Cazenave et Schedel) [3].

Le nombre des bulles est variable; celles-ci sont parfois disséminées sur toute la surface du corps et, dans d'autres cas, agglomérées sur un seul point [4].

Les bulles, à leur période d'état, sont arrondies, pleines, rénitentes, distendues par une sérosité claire et citrine, et ressemblent aux ampoules produites sur la peau par les brûlures ou par l'application des emplâtres vésicants. Ces bulles suivent la marche que nous avons indiquée dans la description générale du pemphigus; leur contenu se trouble, et elles s'affaissent ou se rompent vers le deuxième ou troisième jour, quelquefois plus tôt. Elles sont remplacées par des croûtes lamelleuses, le plus souvent brunâtres, rarement grises ou blanchâtres, qui laissent après elles des taches rouges, ordinairement peu persistantes. La durée moyenne des bulles est de sept jours (Rayer).

Si les bulles sont écorchées prématurément par les frottements ou par le grattage, il peut en résulter des excoriations douloureuses, qui se cicatrisent plus ou moins rapidement.

L'éruption du pemphigus aigu peut s'étendre sur les muqueuses,

1. Voy. Bazin, *loc. cit.*, p. 249.
2. Voy. ci-dessus, p. 448.
3. Voy. Cazenave et Schedel, *loc. cit.*, p. 156.
4. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 267.

sur les lèvres, sur la langue, dans la bouche, dans la gorge, sur la conjonctive et sur les muqueuses génito-urinaires [1]. On observe aussi quelquefois, en même temps que l'affection cutanée, des phlegmasies gastro-intestinales ou pulmonaires graves, que certains auteurs ont rapportées, sans preuve, à des éruptions pemphigoïdes développées sur les muqueuses profondes, à la face interne des bronches, de l'estomac ou de l'intestin. Les complications pulmonaires ou gastro-intestinales du pemphigus aigu sont rares, mais indéniables; leur interprétation seule est sujette à discussion. Nous ne pensons pas, pour notre part, que ces inflammations viscérales puissent être considérées comme des lésions bulleuses; les bulles, les vésicules ou les phlyctènes, qui sont constituées, comme on le sait, par un soulèvement épidermique, ne peuvent exister, à proprement parler, que sur la peau ou sur les muqueuses dermo-papillaires [2].

La *durée* totale du pemphigus aigu est environ d'un à deux septénaires; lorsque l'éruption se fait par plusieurs poussées, la maladie peut se prolonger jusqu'à trois ou quatre semaines.

Telle est la forme ordinaire, simple et bénigne du pemphigus aigu. La *forme maligne et confluente,* décrite par les auteurs [3], est très rare. Dans cette forme, les phénomènes généraux très graves du début persistent pendant toute la durée de la maladie. Les bulles se succèdent avec rapidité et couvrent tout le corps; leur contenu est séro-sanguinolent. La fièvre est vive et continue, l'adynamie profonde; on observe des épistaxis, des hémorrhagies intestinales, parfois des complications pleuro-pulmonaires, et le malade succombe au bout de deux ou trois semaines au plus.

Causes. — La fièvre pemphigoïde est une affection rare, qui attaque seulement les jeunes sujets; elle paraît plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Elle se manifesterait souvent, d'après Cazenave [4], pendant les chaleurs de l'été, chez les individus qui travaillent au soleil; mais Cazenave semble avoir confondu, dans cette remarque,

1. Voy. Rayer, p. 269.
Cazenave et Schedel, p. 156.
2. Voy., p. 1 et 2 de cet ouvrage, les considérations anatomiques sur les analogies de structure de la peau et des muqueuses dermo-papillaires.
3. V. Chausit, *loc. cit.*, p. 89.
Guibout, *Leçons sur les maladies de la peau*, t. I, 1876, p. 428.
Lailler, *loc. cit.*, p. 11.
4. Voy. Cazenave et Schedel, *loc. cit.*, p. 162.

Ce pemphigus épidémique est le pemphigus infantile simple et fébrile des auteurs; il existe parfois à l'état sporadique, comme toutes les maladies infectieuses et contagieuses, et c'est sous cette forme que l'ont décrit la plupart des dermatologistes; mais il peut toujours devenir épidémique, quand il prend naissance dans des conditions favorables à sa propagation, par exemple dans une Maternité [1].

Symptômes. — Le pemphigus fébrile simple ou pemphigus épidémique des nouveau-nés se montre ordinairement du *deuxième au quinzième jour après la naissance;* mais on peut l'observer beaucoup plus tard, sur de jeunes enfants exposés à la contagion et placés au milieu du foyer de l'épidémie [2]. *Jamais il n'existe au moment de la naissance.* Le pemphigus syphilitique, au contraire, est observé le plus souvent au moment de la naissance [3]; parfois même, des fœtus vivants ou mort-nés sont expulsés avant terme avec des bulles plantaires et palmaires.

L'éruption du pemphigus neo-natorum est toujours précédée d'une *période d'invasion* qui dure de douze à vingt-quatre heures et pendant laquelle les enfants sont agités et fébricitants.

Cette éruption débute par des taches rouges, circulaires, de 4 à 5 millimètres de diamètre, présentant à leur centre de petites élevures d'apparence miliaire. Quand les élevures sont nombreuses à l'état naissant, on dirait d'un semis rougeâtre plus ou moins inégalement réparti à la surface de la peau (Hervieux). A ces élevures miliaires succèdent de petites vésicules transparentes, qui augmentent rapidement de volume et constituent bientôt des *bulles globuleuses*, parfaitement caractérisées. Le volume moyen de ces bulles est celui d'une lentille; mais quelques-unes peuvent atteindre 2 ou 3 centimètres de diamètre à leur base. Leur accroissement est d'ailleurs très rapide; en quelques heures, vingt-quatre heures au plus, elles acquièrent leur développement complet. La plupart des bulles, à leur période d'état, sont entourées d'une auréole rouge; parfois cependant, le soulève-

1. Peut-être le pemphigus épidémique des nouveau-nés est-il la même affection que le pemphigus aigu fébrile des adultes, qu'on observe également chez les adolescents et chez les enfants, et peut-être les caractères spéciaux qu'il présente, notamment l'*épidémicité*, sont-ils en rapport avec le jeune âge des sujets et leur résistance moindre à la contagion.

2. Voy. *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 24 janvier 1868, la communication du Dr Hervieux.

3. Voy. le mémoire cité d'Ollivier et Ranvier, p. 40.

ment épidermique atteint ou dépasse les limites de la tache rouge primitive, de sorte que certaines bulles sont dépourvues d'auréole inflammatoire (Ollivier et Ranvier).

Le pemphigus épidémique des nouveau-nés peut occuper toutes les régions du corps, mais il siège particulièrement sur le cou, la face, le tronc et la racine des membres. Il est tout à fait exceptionnel de l'observer sur les régions plantaire et palmaire; en tout cas, jamais il n'est localisé à ces régions, contrairement au pemphigus syphilitique, qui siège toujours primitivement et, dans la plupart des cas, exclusivement à la plante des pieds et à la paume des mains.

Les bulles du pemphigus épidémique des enfants, une fois formées, suivent la même marche que celles du pemphigus aigu des adultes. Leur contenu, d'abord clair et transparent, se trouble et devient opaque [1]; quelques-unes des bulles se flétrissent, s'affaissent et se dessèchent sans se rompre; d'autres sont excoriées ou se rompent spontanément du deuxième au quatrième jour, en laissant écouler le liquide séro-purulent qu'elles renferment, et le corps muqueux reste à nu. Les croûtes, qui succèdent aux bulles, sont elles-mêmes remplacées par des taches, d'un rouge foncé, qui s'effacent progressivement.

L'éruption peut être prurigineuse à toutes ses périodes, particulièrement au début, au moment de l'apparition des taches, et à la fin, quand les croûtes sont formées. Elle est accompagnée d'un léger mouvement fébrile et de phénomènes généraux, ordinairement bénins chez les enfants vigoureux et bien portants antérieurement.

Le nombre des bulles est variable; parfois il n'en existe que trois ou quatre sur toute la surface du corps; dans d'autres cas, on peut en compter un très grand nombre. L'éruption est, d'ailleurs, rarement simultanée; le plus souvent, elle est successive et se manifeste par poussées subintrantes; parfois même, la poussée subséquente a lieu avant que la première soit entrée dans la période de dessiccation (Hervieux).

L'évolution complète de chaque bulle dure environ un septénaire. La durée totale de la maladie varie, suivant les cas, entre une semaine et un mois; rarement elle se prolonge davantage.

1. Dans le pemphigus syphilitique, le contenu des bulles est purulent dès le début; de plus, ces bulles sont aplaties et non globuleuses comme celles du pemphigus simple.

Pronostic. — Contrairement au pemphigus syphilitique, qui amène toujours ou presque toujours la mort, le pemphigus épidémique des nouveau-nés est une affection généralement bénigne, quand elle se montre chez des enfants bien constitués. Hervieux, Vidal, Homolle [1] et tous les auteurs qui ont observé des épidémies de *pemphigus neo-natorum* n'ont pas constaté un seul cas de mort imputable au pemphigus. Les quelques enfants qui ont succombé sont morts d'une autre maladie, existant déjà avant l'éruption ou survenue dans le cours de celle-ci.

Etiologie. — Le pemphigus aigu simple des nouveau-nés est une sorte d'exanthème aigu ; c'est une affection *épidémique*, *contagieuse* et *inoculable*.

Le pemphigus aigu est *épidémique* [2], surtout dans les Maternités et les asiles d'enfants trouvés; mais on peut l'observer à l'état sporadique, sur des nouveau-nés ou de jeunes enfants, en dehors des épidémies.

Il est *contagieux*, non seulement d'un enfant à un autre, mais encore de l'enfant à l'adulte (Homolle, Vidal) [3]. On a cité des exemples de transmission de la maladie des enfants à leur mère et même à des personnes étrangères, chargées de leur donner des soins. Mais la contagion est surtout fréquente chez les enfants; elle paraît d'autant plus facile que le sujet est plus jeune.

Le pemphigus des nouveau-nés est *inoculable* et auto-inoculable à la seconde génération (Vidal, Rœser [4]). L'inoculation ne réussit pas toujours, mais sa possibilité avait déjà été démontrée par Sharlot en 1841 [5].

Le pemphigus aigu survient quelquefois chez des enfants récemment vaccinés et, peut-être, à l'*occasion* de la vaccine. Tous les cas de *pemphigus vaccinal* cités par Husson, Martin, Odier, Mongenot, Gili-

1. Voy. Homolle, *Compte-rendu de la commission des maladies régnantes*, 1874 et 1875.
2. Des exemples d'épidémies ont été cités par Hufeland, par Whitley-Stokes, par Ozanam, par Macbridge, par Reinhold, etc. (mémoire d'Ollivier et Ranvier, page 8).
3. Voy. Homolle, *loc. cit.*, 1874.
Vidal, *De l'inoculabilité de quelques affections cutanées*, congrès médical international de Genève, 1877.
4. Voy. Rœser, thèse de Paris, 1876.
5. *Casper's Wochenschrifte für die Gesammte Heilkunde*, 1841, cité par Ollivier et Ranvier, p. 9.

bert, etc. [1], doivent être rapportés au pemphigus épidémique des nouveau-nés [2].

III. — Pemphigus chronique bulleux ordinaire.

Synonymes. — *Pompholix diutinus* de Willan et Bateman; *pemphigus diutinus; pemphigus successif; pemphigus chronique* des auteurs français; *pemphigus vulgaire* de Hebra; *dartre phlycténoïde confluente* d'Alibert.

Symptômes. — Le pemphigus chronique, plus fréquent que le pemphigus aigu, est aussi une maladie d'une nature tout à fait différente.

C'est une affection de longue durée, qui débute d'une façon très insidieuse. Quelques jours avant l'éruption, le malade éprouve un peu de courbature et de lassitude, des douleurs vagues dans les membres, mais jamais de fièvre ni de phénomènes généraux, à proprement parler. Ces prodromes sont même quelquefois si peu marqués qu'ils passent inaperçus.

L'éruption se manifeste d'abord par un nombre variable de petites taches rouges, légèrement prurigineuses. Au centre de chaque tache, l'épiderme se soulève sous forme d'une petite phlyctène, dont la base s'élargit de plus en plus, et qui constitue bientôt, parfois en quelques heures, une bulle du volume d'une noisette ou même d'une noix; quelques bulles restent entourées d'une auréole rouge, d'autres en sont dépourvues. Les bulles s'accroissent dans des proportions variables, et, au bout de deux ou trois jours, elles peuvent atteindre la grosseur d'un œuf et même davantage. Elles sont globuleuses, hémisphériques, distendues par un liquide clair et citrin ou légèrement

1. Voy. Ollivier et Ranvier, *loc. cit.*, p. 40.

2. On peut résumer de la manière suivante les caractères différentiels du *pemphigus aigu, simple ou épidémique,* et du *pemphigus syphilitique* des nouveau-nés :

Le *pemphigus épidémique* n'existe jamais au moment de la naissance; il apparaît au plus tôt le deuxième jour; il est précédé et accompagné de fièvre; il est constitué par des bulles arrondies, globuleuses; le contenu de ces bulles est d'abord clair et limpide, et ne se trouble qu'ultérieurement; l'éruption peut occuper toutes les régions du corps, excepté les régions plantaire et palmaire; c'est une affection contagieuse et épidémique, d'un pronostic bénin.

Le *pemphigus syphilitique* est une *syphilide papulo-bulleuse;* il existe toujours au moment de la naissance et se développe pendant la vie intra-utérine; les bulles qui le constituent sont aplaties, à contenu purulent d'emblée; il siège presque exclusivement sur les régions plantaire et palmaire; c'est une affection très grave, généralement suivie de mort.

opalescent; quelquefois, plusieurs bulles peuvent se réunir en une seule, de manière à constituer des phlyctènes de forme irrégulière. Les jours suivants, le contenu des bulles se trouble et devient séro-purulent, en même temps que celles-ci commencent à se flétrir. Les bulles du pemphigus chronique suivent, d'ailleurs, la même marche que celles de toute espèce de pemphigus : quelques-unes s'affaissent sans se rompre, les autres sont déchirées par les frottements ou le grattage, d'autres se rompent spontanément. La rupture des bulles laisse à nu des surfaces exulcérées, douloureuses, qui se recouvrent de croûtes brunâtres, minces et aplaties. Après la chute des croûtes, on observe, comme tr[illegible] de [illegible]ion, des taches rouges, persistantes, sur lesquelles l'é[illegible]erme [illegible]olie pendant quelque temps.

Suivant la disposition et le [illegible]ent des éléments éruptifs, on a décrit des variétés secondaires. [illegible]mportance : *Pemphigus disseminatus*, *P. confertus* ou *en grou*[illegible]*erpiginosus*, *P. circinatus* [1], etc. Ces variétés méritent à [illegible]tion spéciale.

Le volume des bulles [illegible]ent à distinguer une forme particulière de l'affection, le *p*[illegible]*i petites bulles*, dans lequel les bulles dépassent à [illegible]ne le [illegible]n gros pois.

L'éruption peut [illegible]*lisée* à une région peu étendue; elle guérit alor[illegible]roduit toujours, avec les mêmes caractères, au bout d'un temps plus ou moins éloigné; elle récidive ainsi plusieurs fois, et, dans les intervalles, le sujet reste indemne. Cette forme, dans laquelle le malade conserve un assez bon état général, constitue le *pemphigus chronique bénin* de certains auteurs (Gibert, Hébra, etc.) [2].

Dans certains cas, il n'existe qu'une seule bulle, très large : c'est le *pemphigus solitarius* de Willan, observé également et décrit par Bateman, par Biett, par Gibert, etc. Cette bulle unique se développe ordinairement pendant la nuit; elle est précédée d'une sensation de fourmillement. Sa marche est très rapide et son volume très considérable; elle se rompt dans l'espace de quarante-huit heures et laisse une légère excoriation. Un ou deux jours après, une nouvelle bulle s'élève auprès de la première; d'autres bulles peuvent ainsi se succéder

1. Voy. Rayer, *loc. cit.*, p. 284, et Guiraud, *Du pemphigus chronique*, thèse de Paris, 1865, p. 18 et 39.
2. Voy. Gibert, *loc. cit.*, t. I, p. 148.
Hebra, *loc. cit.*, t. I, p. 813.

et suivent la même marche, mais la maladie se prolonge rarement au delà d'une dizaine de jours [1]. Le pemphigus solitarius est excessivement rare; il siège sur le dos, la main, le bas de la jambe ou la région malléolaire (Gibert).

Le plus souvent, le pemphigus chronique occupe, successivement ou à la fois, plusieurs régions du corps; il peut même se généraliser à presque toute la surface cutanée. Cependant il épargne fréquemment la face, la paume des mains et la plante des pieds; mais parfois il s'étend jusqu'au cuir chevelu. C'est cette forme grave et longue de la maladie qui a reçu particulièrement les noms de *pemphigus diutinus*, de *pemphigus continu* ou *permanent*, etc. Parfois les bulles sont confluentes, dans d'autres cas plus ou moins éloignées les unes des autres; mais toujours l'éruption se produit par poussées successives, subintrantes; de nouvelles bulles s'élèvent incessamment à côté des anciennes, et, sur le même sujet, on trouve à la fois des bulles pleines et récentes, des croûtes, des excoriations et des taches. La maladie peut ainsi se prolonger indéfiniment.

L'éruption ne reste pas limitée à la peau; elle s'étend fréquemment aux *muqueuses*. Le pemphigus des lèvres et de la bouche est d'observation commune; celui du pharynx, des narines et de la conjonctive n'est pas très rare. On a signalé également des éruptions pemphigoïdes sur les muqueuses génito-urinaires, notamment dans le vagin, sur le col de l'utérus et sur la muqueuse uréthrale. Les symptômes fonctionnels, provoqués par le pemphigus des muqueuses, varient avec la muqueuse affectée; ces symptômes, d'ailleurs, diffèrent peu de ceux de toute stomatite, de toute angine, de toute conjonctivite, etc. Le pemphigus de l'urèthre porte obstacle à la miction, à cause de la desquamation abondante qu'il détermine; un malade, observé par Vidal et Colson [2], était obligé de se sonder au moment de chaque poussée bulleuse, et ramenait, par le cathétérisme, des lambeaux de muqueuse uréthrale qui obstruaient le canal; l'émission de l'urine pouvait se faire alors sans difficulté. Dans un cas de pemphigus du pharynx, observé par Lasègue et Follin, l'éruption paraissait s'étendre sur la muqueuse œsophagienne; le malade fut pris un jour d'une telle gêne de la déglutition que l'ingestion de la plus petite quantité de liquide provo-

1. Voy. Bateman, *loc. cit.*, trad. Bertrand, p. 187.
2. Voy. notes à la traduction française de Duhring, par Barthélemy et Colson, p. 271.

quait des accès de suffocation; il fallut plusieurs séances de cathétérisme de l'œsophage pour mettre fin à cet accident [1].

Mais, dans ce cas et dans les cas semblables, ce n'est que par induction qu'on a admis l'existence d'une éruption bulleuse pemphigoïde sur la muqueuse œsophagienne, l'observation directe faisant défaut. Quant au pemphigus des muqueuses encore plus profondément situées, nous avons déjà dit qu'il était impossible de l'admettre, à cause de la différence de structure de ces muqueuses et de la peau. Sans doute on observe des symptômes gastro-intestinaux et bronchiques dans le cours du pemphigus chronique; mais les lésions gastriques, intestinales, bronchiques ou pulmonaires qui produisent ces symptômes, et dont nous ne nions pas l'existence, sont *tout au plus analogues, mais jamais identiques* aux lésions cutanées, car il ne peut y avoir de bulles sans épiderme [2].

Quoi qu'il en soit, les *accidents viscéraux* du pemphigus chronique, sur lesquels nous ne possédons pas de notions anatomiques précises, considérés tour à tour comme des symptômes essentiels ou comme des complications de la maladie, consistent tantôt dans des bronchites, des congestions pulmonaires ou de véritables broncho-pneumonies, qui surviennent en même temps que chaque poussée bulleuse cutanée, tantôt dans des vomissements, de la diarrhée et même des selles sanguinolentes.

Outre ces complications viscérales, l'éruption peut présenter des *complications locales* d'une importance moindre. Parfois le contenu des bulles est *hémorrhagique;* mais généralement ces bulles sanguinolentes sont en petit nombre. Dans d'autres cas, chez les individus très affaiblis, les *exulcérations* qui succèdent à la rupture des bulles tardent plus ou moins à se cicatriser. Enfin les efflorescences bulleuses peuvent être accompagnées de *démangeaisons* très vives, qui le plus souvent dépendent d'une éruption concomitante de prurigo; quelquefois cependant, le prurit appartient en propre au pemphigus : c'est à cette variété que convient véritablement le nom de pemphigus prurigineux.

On a signalé également dans le cours du pemphigus chronique des éruptions secondaires de furoncles, d'eczéma, d'ecthyma, etc.

1. Voy. Lasègne, *Traité des angines.* — Observation rapportée dans le travail déjà cité de Hassan Effendi Mahmoud, 1869.
2. C'était aussi l'opinion de Bazin : voy. *Affect. génér. de la peau*, 2e partie, p. 218.
Voy. plus loin l'anatomie pathologique du pemphigus, p. 483.

Des *phénomènes généraux* graves surviennent toujours, à une période plus ou moins avancée du pemphigus diutinus. Le malade perd l'appétit; il maigrit et s'affaiblit progressivement; les accidents inflammatoires viscéraux, quand ils existent, l'entérite, la bronchite, la cystite, etc., augmentent encore l'altération profonde de sa constitution; la diarrhée colliquative, les vomissements, quelquefois la fièvre hectique achèvent son épuisement, et il succombe enfin dans la cachexie et le marasme.

La mort peut être encore hâtée par l'apparition de complications étrangères à l'éruption et dépendant de l'état cachectique : la *phthisie pulmonaire*, en première ligne, l'*albuminurie*, l'*anasarque* avec ou sans albuminurie, des épanchements dans les séreuses, etc. Parfois aussi, des phénomènes ataxiques et adynamiques se montrent quelques jours avant la terminaison fatale.

La *durée* du pemphigus chronique est indéterminée; elle varie de plusieurs mois à plusieurs années. Son *pronostic* est toujours très grave. La mort est la terminaison la plus fréquente de la maladie; elle arrive plus ou moins rapidement suivant la confluence et la généralisation de l'éruption, et surtout suivant l'apparition plus ou moins précoce de la cachexie et des complications intestinales ou pulmonaires. Cependant la mort n'est pas constante; on a cité des exemples rares de guérison complète [1]; dans des cas plus fréquents, on a pu, en modérant l'éruption ou en éloignant les rechutes, produire une amélioration durable et prolonger l'existence pendant un temps assez long.

Etiologie. — Les causes du pemphigus chronique sont le plus souvent très obscures. On a incriminé la mauvaise alimentation, la misère, l'habitation dans les lieux bas et humides, etc., et quelques auteurs ont pensé que le pemphigus était la manifestation d'un *état cachectique* créé par des causes débilitantes quelconques. Mais il faut reconnaître que la maladie prend naissance quelquefois chez des individus qui paraissent vivre dans les meilleures conditions hygiéniques; peut-être la cachexie, qu'on a considérée comme une cause productrice du pemphigus, n'est-elle que l'effet des premières atteintes de la maladie?

Quoi qu'il en soit, le pemphigus chronique est plus fréquent chez

1. Voy. Guiraud, thèse citée, p. 16.

les vieillards que chez les jeunes sujets; on l'observe indifféremment dans les deux sexes.

Il existe dans tous les climats et dans tous les pays [1]; il paraît être plus commun au printemps que dans les autres saisons.

Les aliments excitants ou de mauvaise qualité et les boissons alcooliques ne possèdent aucune influence directe et spéciale sur la production du pemphigus; mais ils prédisposent à cette affection, comme à toutes les autres affections cutanées.

De tous les états constitutionnels ou diathésiques, invoqués comme causes du pemphigus, l'arthritisme est le seul qui mérite d'attirer l'attention.

L'*arthritisme*, quoi qu'c[illegible] , est une des causes les plus importantes du pemphigus c[illegible] Il n'est pas rare de trouver dans les antécédents des sujets atte[illegible] de cette maladie, chez eux-mêmes ou chez leurs ascendants, soit la [illegible]utte, soit le rhumatisme, soit la lithiase biliaire ou urinaire, [illegible]évralgies ou des migraines, etc.

Nous n'admettons pas le [illegible]s syphilitique. On peut observer le pemphigus chro[illegible]ez les syphilitiques; mais il faut savoir le distinguer [illegible]lleuses, qui présentent ordinairement des caractères [illegible] différents, et qui n'ont rien de commun avec le pen[illegible]

Il en est de même [illegible] peu[illegible]preux ou de la léproïde bulleuse, décrite par Daniellsen et Boeck comme une manifestation initiale de la lèpre anesthésique [2], admise à tort par Bazin [3] et par Hébra [4] comme un pemphigus symptomatique. *La léproïde bulleuse n'est pas plus un pemphigus que la syphilide bulleuse.*

Les *maladies nerveuses* déterminent parfois des éruptions bulleuses circonscrites, qu'il est légitime, au point de vue morphologique, de rattacher au pemphigus chronique ordinaire, mais qu'il importe de distinguer, sous le rapport de la marche et du pronostic, du pemphigus diutinus proprement dit. Ce pemphigus, d'origine nerveuse, est chronique et successif, comme le pemphigus vrai, mais il est bénin par lui-

1. Le pemphigus chronique a été observé dans toute l'Europe, en Algérie (Bertherand), en Egypte (Burquières-Bey), dans les deux Amériques, aux Indes, etc. Il était connu des Grecs et des Arabes (voy. Thazen al Mausour, t. VII, cap. 17. — Cité par Hassan Effendi Mahmoud, *loc. cit.*, p. 11).

2. Voy. *Traité de la spedalsked ou lèpre de Norwège.*

3. Voy. Bazin, *Affect. génériques de la peau*, t. II, 1865, p. 258.

4. Voy. Hébra, *loc. cit.*, p. 831.

même ; l'éruption peut reparaître plusieurs fois, à des intervalles irréguliers, mais elle n'entraîne jamais la mort.

C'est surtout dans les *névroses*, et particulièrement dans l'hystérie, qu'on a observé le pemphigus d'origine nerveuse. On a attribué sa production à des troubles trophiques cutanés, ce qui est peut-être vrai dans l'espèce ; mais malheureusement on a essayé, sans aucune preuve, de généraliser la théorie, et on a voulu faire de tout pemphigus, même du pemphigus diutinus, l'expression d'une lésion trophique de la peau. C'est là une erreur évidente, que nous avons déjà réfutée longuement [1] et sur laquelle il est inutile d'insister davantage.

Mais, en restant dans le domaine des faits, le *pemphigus hystérique* (P. hystericus), décrit par les auteurs, est en dehors de toute contestation. Cette forme était déjà connue de *J.-P. Franck*, qui a rapporté l'observation d'une religieuse hystérique, tourmentée depuis plusieurs années par des attaques convulsives extrêmement violentes, et chez laquelle survenait, de temps en temps, tantôt sur une partie, tantôt sur une autre, une éruption bulleuse de pemphigus ; ce pemphigus guérissait toujours sans difficulté [2]. Des observations semblables ont été publiées par *Gignoux* [3], par *Mermet* [4], élève de *Gailleton* (de Lyon), etc. Le pemphigus hystérique est caractérisé par la distribution irrégulière de l'éruption, par sa fugacité, par la limpidité du contenu des bulles ; les poussées bulleuses cutanées alternent le plus souvent avec les symptômes habituels de la névrose (convulsions, paralysies, etc.).

C'est au pemphigus d'origine nerveuse qu'il faut rattacher l'éruption vésiculo-bulleuse décrite par Hardy sous le nom de *pemphigus virginum* [5]. Ce pemphigus à petites bulles est sous la dépendance de l'aménorrhée et de la chlorose ; il a été observé chez les jeunes filles de quatorze à vingt ans, chez lesquelles la menstruation avait été interrompue. Il peut se prolonger pendant plusieurs mois, mais il n'est jamais grave, et le retour des règles coïncide ordinairement avec la guérison de l'affection cutanée.

Les *névrites* et les *plaies des nerfs* sont parfois accompagnées

1. Voy. ci-dessus, p. 355 et 356.
2. Cette observation a été reproduite par Gilibert et par Bazin (*loc. cit.*).
3. Voy. *Mém. de la Soc. des sciences médicales de Lyon*, 1865, p. 86 (*Des névroses vaso-motrices*).
4. Voy. L.-G. Mermet, *Du pemphigus dans les névroses*, thèse de Paris, 1877.
5. Voy. Hassan Effendi Mahmoud, *loc. cit.*, p. 98 et suivantes.

d'*éruptions pemphigoïdes*, localisées sur le trajet de nerfs malades, et qui présentent tous les caractères des lésions trophiques [1]. On ne doit pas confondre ces éruptions pemphigoïdes avec le pemphigus véritable. Enfin on a signalé quelques observations de pemphigus secondaire, ou mieux d'éruptions pemphigoïdes, dans le cours des affections organiques des centres nerveux, et principalement comme complication de l'hémiplégie [2].

Telles sont les conditions multiples dans lesquelles on peut voir se développer le pemphigus chronique bulleux. Nous croyons inutile de réfuter ou même de rapporter en détail les opinions surannées de différents auteurs sur la *nature* de la maladie. Braune [3] attribuait le pemphigus à l'élimination des principes de l'urine par la peau; Alibert admettait que les bulles résultaient d'une sorte de vésication de cause interne, déterminée par l'exagération des combustions physiologiques [4]. Gilibert croyait que l'éruption était la conséquence de l'altération du sang par un excès d'albumine, et de la tendance de l'économie à se débarrasser de ce principe en excès [5]; d'autres auteurs ont incriminé l'excrétion d'un principe âcre ou de quelque substance irritante de nature indéterminée. Toutes ces hypothèses n'ont même plus besoin d'être discutées aujourd'hui.

IV. — Pemphigus chronique foliacé.

Synonymes. — *Pemphigus foliacé* de Cazenave [6]; *pemphigus* ou *pompholix confluent* de Gibert [7]; *herpétide maligne exfoliatrice* de Bazin; *dermatite exfoliatrice* de certains auteurs.

Définition. — Le pemphigus foliacé est une espèce de pemphigus chronique, confluent et généralisé, dans lequel les bulles, à peine

1. Voy. Mougeot, thèse de Paris, 1867, p. 22.
Charcot, *Leçons sur les mal. du syst. nerveux*, t. I, p. 23.
Couyba, thèse de Paris, 1871, p. 20.
Leloir, thèse de Paris, 1882, p. 84, etc.
2. Voy. Gailleton, *Traité élément. des maladies de la peau*, Paris, 1874, p. 277.
Déjerine, *Compte rendu de l'Académie des sciences*, juillet 1876 (*Pemphigus dans le cours d'une paralysie générale*).
Brissaud, *France médicale*, 1879, n° 95.
3. *Versuche über den Pemphigus und das Blasenfieber*, Leipsick, 1795, p. 63.
4. Voy. Alibert, *Monographie des dermatoses*, p. 54.
5. Voy. Gilibert, *loc. cit.*
6. V. Chausit, *loc. cit.*, p. 91-92.
7. V. Gibert, *loc. cit.*, p. 154 et 157.

formées, se crèvent et s'affaissent aussitôt, de sorte que la première période de l'éruption passe souvent inaperçue et que la peau se recouvre très rapidement de squames abondantes, minces et larges, qui tombent et se renouvellent incessamment.

Le pemphigus foliacé, ainsi dénommé par Cazenave, a été l'objet de nombreuses controverses. M. Hardy, qui a donné une bonne description de cette affection [1], a commis cependant l'erreur de confondre avec elle le *pityriasis rubra* de Devergie [2]. Ce dernier auteur a parfaitement distingué le pityriasis rubra du pemphigus, et notamment de cette forme de pemphigus diutinus dans laquelle « la peau ne sécrète plus que des lamelles d'épiderme [3] », forme qui représente absolument le pemphigus foliacé de Cazenave. Bazin décrit le pemphigus foliacé de Hardy sous le nom d'*herpétide maligne exfoliatrice;* c'est, d'après lui, une affection cutanée remarquable par sa généralisation et l'abondance de la desquamation qu'elle détermine, et dont il est impossible de reconnaître la lésion primitive [4]. Enfin quelques auteurs contemporains, français et anglais, ont tenté de rattacher le pemphigus foliacé à cette affection complexe et mal définie, à laquelle ils donnent le nom de *dermatite exfoliatrice* [5].

Laissant de côté toute question doctrinale, nous pensons qu'il est possible de faire cesser cette confusion. Il existe incontestablement un pemphigus foliacé *vrai*, distinct du pityriasis rubra et de toutes ses formes. Le pityriasis rubra et la dermatite exfoliatrice sont des affections primitivement et constamment squameuses, tandis que, dans le pemphigus foliacé, l'observation attentive fait toujours découvrir, à une certaine période de la maladie, soit des bulles récentes, déjà rompues et affaissées, soit des débris de bulles ou des lamelles épidermiques molles et humides, qui, bien qu'appliquées à la surface de la peau, semblent manifestement résulter d'un décollement produit par une exsudation séreuse.

1. Voy. Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 2e partie, 1859, p. 130.
2. Voy. Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 1re partie, 1858, p. 114. Pour M. Hardy, les faits décrits par Devergie, sous le nom de *pityriasis rubra*, sont ou des *pemphigus foliacés*, ou des *eczémas*.
3. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 304.
4. Voy. Bazin, *Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, 1868, p. 437.
5. Voy. Percheron, thèse de Paris, 1875.
Erasmus Wilson, *Lectures on ekzema*, London, 1870, p. 356.

Symptômes. — Le pemphigus foliacé est quelquefois, mais rarement *primitif;* le plus souvent, il est *consécutif* à un pemphigus chronique bulleux; il peut succéder aussi à un eczéma chronique.

Quand l'affection est primitive, l'éruption se montre simultanément sur plusieurs points du corps et envahit très rapidement, en quelques jours, toute la surface cutanée. Elle est d'abord constituée par des bulles aplaties, flasques, incomplètement distendues, qui se rompent avant d'arriver à l'état de bulles parfaites. Bientôt l'épiderme est à peine soulevé par la sérosité; toutes les bulles avortent et sont remplacées immédiatement par des squames.

Lorsque le pemphigus foliacé succède à un pemphigus bulleux, comme c'est le cas le plus ordinaire, on voit les bulles devenir confluentes, s'affaisser et se flétrir dès leur apparition. Ces bulles sont remplacées par d'autres, qui se comportent de même, et se renouvellent avec une telle rapidité, que bientôt l'exfoliation épidermique est seule appréciable; c'est elle qui se prolonge, qui persiste et parvient à dominer la scène, au point d'avoir pu faire méconnaître le caractère primitivement bulleux de l'affection. Cependant, dans le cours de la maladie, on peut voir, à plusieurs reprises, survenir des bulles isolées qui parcourent plus ou moins complètement les phases de leur développement.

La transformation de l'eczéma en pemphigus foliacé s'opère d'une façon analogue : la sécrétion se tarit, les croûtes tombent; de larges soulèvements épidermiques se produisent, et la desquamation s'établit comme dans les cas précédents.

Quel qu'ait été le mode de début du pemphigus foliacé, quand l'éruption est constituée, les squames recouvrent toute la surface du corps; le cuir chevelu, la paume des mains et la plante des pieds ne sont même pas épargnés. Ces squames, que Cazenave a comparées, pour la couleur et la consistance, à des « pelures de pâtisserie feuilletée [1] », sont minces, jaunes ou grises, superposées, enroulées sur leurs bords, à moitié détachées et flottantes par une partie de leur circonférence. Elles tombent sans cesse et se reproduisent avec une telle abondance qu'elles remplissent le lit des malades dans l'espace de quelques heures (Hardy).

Les squames sont sèches, semblables à des parcelles de parchemin, quand elles se sont renouvelées plusieurs fois, et c'est sous cet aspect

1. Voy. Chausit, *loc. cit.*, p. 92.

que se présente habituellement l'éruption sur presque toute la surface des téguments. Mais sur certains points, d'un jour à l'autre, on observe dans différentes régions, au milieu des squames sèches et foliacées, des lambeaux d'épiderme décollé, encore humectés par la sérosité, et qui représentent des débris de bulles récentes, incomplètement développées. Ces lambeaux épidermiques humides ne tardent pas à se dessécher à leur tour, deviennent squameux, se détachent et font place à une exfoliation d'une durée indéfinie. C'est ainsi que l'affection se perpétue, d'une part grâce à la prolongation de la desquamation, et d'autre part grâce à la reproduction incessante de nouvelles bulles avortées.

Au-dessous des squames, la peau est rouge, lisse ou exulcérée, et rappelle assez bien l'aspect d'une brûlure superficielle (Hébra) [1]. Les exulcérations laissent suinter une petite quantité de sérosité; elles sont ordinairement tout à fait superficielles; mais elles peuvent devenir plus profondes, atteindre le derme et constituer de véritables ulcérations, par suite du grattage, des frottements répétés et surtout de la pression continue exercée au niveau des coudes, des fesses, des trochanters ou des genoux. Ces ulcérations et même les excoriations superficielles se recouvrent souvent de croûtes minces et jaunâtres, qui ressemblent à celles de l'impétigo ou de l'eczéma. Ces lésions secondaires sont peu douloureuses, comme d'ailleurs l'éruption elle-même, qui provoque seulement quelques démangeaisons.

La sécrétion dont la peau est constamment le siège répand une odeur nauséeuse, d'une fétidité spéciale, qui permet à elle seule de reconnaître un pemphigus foliacé.

Quand la maladie dure depuis un certain temps, l'altération envahit les follicules pileux; les poils, les cheveux, les cils et les sourcils tombent. Les ongles eux-mêmes, dans quelques cas, se déchaussent, s'ébranlent et se détachent.

La généralisation de l'affection et l'abondance de l'exfoliation épidermique ne tardent pas à produire un épuisement général qui fait des progrès chaque jour. L'éruption se propage souvent aux muqueuses, et l'on peut observer également les mêmes complications bronchiques ou gastro-intestinales que dans le pemphigus bulleux, plus fréquentes encore et plus graves [2]. Des vomissements surviennent, ainsi qu'une

1. Voy. Hébra, *loc. cit.*, t. Ier, p. 815.
2. Voy. ci-dessus, les complications viscérales du pemphigus chronique, p. 473-474

diarrhée colliquative, des œdèmes et des hydropisies apparaissent, les forces déclinent, et le malade, amaigri, cachectique, succombe dans le marasme, quand il n'est pas emporté par une complication viscérale.

La *durée* du pemphigus foliacé est indéterminée, mais toujours très longue; elle peut atteindre plusieurs années.

Le *pronostic* est de la plus haute gravité; la mort est la terminaison presque fatale de la maladie.

Etiologie. — Les causes du pemphigus foliacé sont aussi obscures que celles du pemphigus chronique *bulleux*.

Anatomie pathologique.

La bulle du pemphigus est formée par le soulèvement de la couche superficielle de l'épiderme. C'est au niveau de la zone granuleuse que s'opère le clivement d'où résulte la phlycténation (Renaut, Nodet). Le liquide exsudé hors des vaisseaux, par le fait de la fluxion inflammatoire localisée, et accumulé dans les mailles du derme, dépasse la limite de résistance de l'épiderme, traverse le corps muqueux et se collecte dans le point où les cellules présentent la plus faible adhérence. Au-dessous de la bulle, le corps papillaire est congestionné et infiltré de noyaux embryonnaires; mais ce sont là des lésions passagères, et la couche superficielle de l'épiderme est seule détruite dans le pemphigus; c'est pourquoi cette affection ne laisse jamais de cicatrice.

Le contenu de la bulle est une sérosité claire et limpide ou jaunâtre, suivant la quantité de leucocytes qu'elle renferme; c'est un liquide albumineux, d'une réaction neutre ou faiblement alcaline, d'après la plupart des auteurs, et dont la composition chimique est très controversée. Les uns y auraient trouvé des phosphates, des chlorures et de la cholestérine (Rayski), du phosphate ammoniaco-magnésien (Lailler), de l'ammoniaque libre (Bamberger), les autres de l'acide acétique (Heinrich), de l'acide urique (Malmsten), etc.

Sur les muqueuses dermo-papillaires [1], les bulles du pemphigus présentent le même siège anatomique et la même structure que sur la peau.

Les lésions des complications viscérales du pemphigus sont peu connues. Les constatations anatomiques font complètement défaut re-

1. Voy. pages 1 et 2 de cet ouvrage (*Anatomie de la peau*).

lativement aux complications broncho-pulmonaires, à l'exception de la tuberculose. On possède des notions plus précises sur les lésions de la muqueuse gastro-intestinale. Nous rappelons seulement pour mémoire les observations vagues de pemphigus interne, rapportées par Braune, par J. Frank, par Gilibert et par Alibert; mais on peut lire dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris* de 1863 deux observations détaillées d'*ulcérations stomacales* et *duodénales* trouvées à l'autopsie de malades morts de pemphigus foliacé [1]. Ces deux observations, dont l'une appartient à *Hillairet* et *Robertet* et l'autre à *Hardy*, *Labéda* et *Guiraud*, mentionnent l'existence d'ulcérations, d'étendue et de profondeur variables, répandues à profusion sur toute la muqueuse de l'estomac, plus multipliées encore dans le grand cul-de-sac. Dans un des cas, des ulcérations semblables existaient, en moins grand nombre, à la surface interne du duodénum. Le fond des ulcérations était ecchymotique, et, sur quelques-unes, on distinguait des arborisations vasculaires visibles à l'œil nu. L'examen histologique a montré que ces ulcérations avaient détruit non seulement l'épithélium, mais la muqueuse tout entière, et que leur fond était constitué par la tunique celluleuse mise à nu.

Robertet et Guiraud concluent de ces deux faits à l'existence d'une éruption bulleuse pemphigoïde sur la muqueuse digestive [2]. Il nous est impossible d'adopter cette conclusion, car toute ulcération arrondie, même superficielle et taillée à pic, ne suppose pas nécessairement l'existence antérieure d'une bulle. Au reste, les ulcérations stomacales, au niveau desquelles, d'après les termes mêmes de l'observation, toute l'épaisseur de la muqueuse, l'épithélium et le tissu glandulaire étaient détruits [3], ne ressemblent pas à la lésion tout à fait superficielle du pemphigus cutané. En somme, nous ne nions pas l'existence d'ulcérations stomacales ou intestinales *dans quelques cas* de pemphigus chronique; nous contestons seulement leur origine bulleuse.

Les autres lésions viscérales observées chez les individus morts de pemphigus chronique bulleux ou foliacé sont : la *dégénérescence graisseuse du foie*, signalée pour la première fois par Cazenave [4]; la dégé-

1. Voy. *Bull. de la Société anatomique de Paris*, 1863. Ces deux observations sont reproduites dans la thèse de L. Guiraud (thèse de Paris, 1865), pages 26-28.
2. Voy. Guiraud, *loc. cit.*, p. 29.
3. Voy. Guiraud, *loc. cit.*, p. 28.
4. Voy. Cazenave et Schedel, *loc. cit.*, p. 161.

nérescence amyloïde du foie et de la rate (Hertz, de Munich) et des reins (Neumann)[1]; et enfin des épanchements dans toutes les séreuses, jusque dans la cavité arachnoïdienne (Fleury[2]). Il faut reconnaître, d'ailleurs, que ces lésions n'ont rien de propre au pemphigus et sont communes à toutes les maladies cachectiques.

Diagnostic.

Le *pemphigus aigu* se distingue de l'*herpès phlycténoïde* et de la *varicelle* par sa marche et par le volume de ses éléments éruptifs[3].

Dans l'*érythème bulleux*, l'*érysipèle bulleux* et l'*urticaire bulleuse*, les bulles sont des lésions accessoires, surajoutées; elles sont toujours en petit nombre, de forme irrégulière; l'évolution générale de ces affections est d'ailleurs trop différente pour qu'il ne soit pas facile d'éviter la confusion.

Nous avons indiqué précédemment les caractères différentiels du *pemphigus infantile* et de la *syphilide bulleuse plantaire et palmaire des nouveau-nés* (pseudo-pemphigus syphilitique[4]).

Le *pemphigus chronique bulleux* doit être distingué du rupia, de l'ecthyma, de l'impétigo, de la syphilide pustulo-crustacée, de la syphilide bulleuse, de la léproïde bulleuse, de la gale et des éruptions dites pemphigoïdes.

Les bulles du *rupia* sont toujours en petit nombre; elles ont une marche plus lente que celles du pemphigus; leur contenu devient rapidement purulent et sanguinolent: elles sont remplacées par des croûtes noirâtres, épaisses, saillantes, irrégulières, qui recouvrent de véritables ulcérations.

Les pustules de l'*ecthyma* sont enchâssées profondément dans le derme et reposent sur une base dure, tuméfiée et enflammée; leur volume est moindre que celui des bulles du pemphigus; leur contenu est purulent d'emblée; les croûtes qui leur succèdent sont noires ou brunes, adhérentes, proéminentes, irrégulières comme celles du rupia, et le derme est ulcéré au-dessous d'elles.

1. Voy. Neumann, *loc. cit.*, trad. française, p. 230 (note).
2. Voy. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, t. XXIII, p. 40.
3. Le diagnostic du pemphigus avec l'*eczéma* et avec l'*hydroa* a déjà été fait, pages 347, 348 et 451.
4. Voy. ci-dessus, p. 467 et 471.

Les croûtes molles, jaunes, épaisses et confluentes de l'*impétigo* ne peuvent être confondues avec les croûtes minces et squameuses du pemphigus. La marche des deux affections est aussi tout à fait différente.

Les croûtes de la *syphilide pustulo-crustacée* sont moins nombreuses, moins larges, plus épaisses que celles du pemphigus; elles sont saillantes, adhérentes et irrégulières, d'un jaune sale ou verdâtre, et laissent après elles des ulcérations profondes. Les cicatrices qui leur succèdent sont lisses, blanches au centre et d'un rouge cuivré à la périphérie, tandis que les croûtes du pemphigus laissent seulement après elles des taches rouges et jamais de cicatrices.

La *syphilide bulleuse*, décrite à tort sous le nom de pemphigus syphilitique de l'adulte, est une affection très rare, constituée par des bulles généralement petites, à contenu purulent d'emblée, entourées d'une auréole cuivrée, auxquelles succèdent des ulcérations et des cicatrices qui présentent tous les caractères des lésions syphilitiques. Ces bulles siègent de préférence à la plante des pieds et à la paume des mains [1].

La *léproïde bulleuse* (pemphigus lépreux), qui annonce l'apparition de la lèpre anesthésique, sera reconnue, d'après Bazin, à la rareté de ses bulles, à leur siège de prédilection aux extrémités et au voisinage des articulations, à l'ulcère atonique qui les remplace et enfin à la cicatrice blanche et *complètement insensible* qui leur succède [2].

La *gale* se manifeste quelquefois par des bulles; mais ces bulles sont mêlées à d'autres lésions polymorphes, papuleuses, pustuleuses et vésiculeuses, qui ne peuvent laisser longtemps le diagnostic en suspens.

Les *éruptions pemphigoïdes* de cause externe n'ont de commun avec le pemphigus que la forme de la lésion élémentaire, qui est, il faut le reconnaître, identique dans les deux cas. Mais, quelle que soit la ressemblance qui existe entre les bulles provoquées et celles qui appartiennent au pemphigus, la marche de l'affection, les commémoratifs et l'état général du sujet permettront généralement d'établir le diagnostic. Les bulles produites par l'application des substances vésicantes (cantharide, ammoniaque, garou, etc.) sont toujours en petit nombre et

1. Voy. Lailler, *Leçons sur quelques affections cutanées* recueillies par Cuffer, Paris, 1877, p. 6.
Bazin, *Affect. génér. de la peau*, 2e vol., 1865, p. 264.
2. Voy. Bazin, *Affect. génér. de la peau*, 2e vol., 1865, p. 259.

localisées à une région bien limitée; le plus souvent même, à la suite du vésicatoire, il n'existe qu'une bulle unique plus ou moins volumineuse et plus ou moins large, suivant l'étendue de l'emplâtre vésicant. La dermite bulleuse, déterminée par l'action de l'eau bouillante ou par la brûlure avec le fer rouge, est toujours facile à reconnaître; il en est de même de celle qui résulte de la pression continue sur un point limité du corps et qui donne naissance à cette tumeur liquide, arrondie, connue vulgairement sous le nom d'*ampoule*.

La vésication produite dans un but de simulation, au moyen de la poudre de cantharides, est plus difficile à reconnaître, car il n'y a rien à attendre des commémoratifs. On trouve quelquefois, à la surface ou aux environs de la bulle artificielle, des parcelles de la poudre vésicante; mais, quand ce signe fait défaut, c'est seulement par l'observation attentive de la marche de la maladie qu'on peut soupçonner la supercherie [1].

Le diagnostic du *pemphigus foliacé* doit être fait avec l'eczéma généralisé, avec le psoriasis, avec le pityriasis rubra.

Dans l'*eczéma chronique*, les squames sont moins larges et moins abondantes, les démangeaisons sont beaucoup plus vives.

Dans le *psoriasis* et le *pityriasis rubra*, la peau est toujours sèche, tandis que le pemphigus foliacé s'accompagne toujours d'un peu de suintement [2]. Les squames du psoriasis sont blanches, brillantes et micacées, et ne peuvent être confondues avec celles du pemphigus.

L'affection décrite par Erasmus Wilson, par E. Vidal et par Brocq sous le nom de *dermatite exfoliatrice* [3], et qui ne semble être qu'une sorte de pityriasis rubra aigu, diffère du pemphigus foliacé par sa marche rapide, subaiguë et presque aiguë, par la sécheresse constante de ses squames, par l'absence de toute éruption bulleuse à toutes les périodes de la maladie, par son pronostic relativement bénin.

1. Voy. Bazin, *Affect. génér. de la peau*, 2e vol., 1865, p. 247.
2. Voy. Hardy, *Mal. de la peau*, 2e partie, 1859, p. 135.
3. Voy. Erasmus Wilson, *Lectures on Ekzema*, London, 1870, p. 356, *Dermatitis exfoliativa*.
Voy. L. Brocq, *De la dermatite exfoliatrice généralisée ou mieux maladie d'Erasmus Wilson*. Thèse de Paris, 1882.

Traitement.

Aucune médication générale n'est applicable au *pemphigus aigu;* le plus souvent, cette affection se termine d'elle-même par la guérison; dans la forme maligne et confluente, nous ne connaissons aucun moyen d'empêcher la terminaison fatale. Il est quelquefois utile de combattre l'état gastrique par des purgatifs et par la diète.

Le traitement local n'a pas non plus une grande importance; on se contentera de saupoudrer les parties malades avec de la poudre d'amidon, et, à la période croûteuse, de prescrire quelques bains d'amidon, pour faire tomber les croûtes et les squames et pour nettoyer la peau.

Le traitement du *pemphigus épidémique des nouveau-nés* ne présente pas d'indications spéciales. La poudre d'amidon et les bains d'amidon, comme dans le pemphigus aigu des adultes, suffisent pour tous les cas.

Contre le *pemphigus chronique*, *bulleux* ou *foliacé*, on a essayé un grand nombre de médicaments internes, toujours avec un égal insuccès. Et, en effet, la cause de cette affection étant ignorée, comment espérer trouver, pour la combattre, une médication générale efficace? L'arsenic, les alcalins, même chez les arthritiques, les préparations sulfureuses et mercurielles, bien d'autres médicaments encore ont échoué. Lailler conseille le sulfate de strychnine [1], qui a sans doute plus d'action sur l'état général, sur le système nerveux et sur les fonctions digestives que sur l'affection cutanée; on peut employer également la teinture de noix vomique ou les Gouttes amères de Baumé pour relever l'appétit. La médication tonique, le fer et le quinquina, une alimentation réparatrice, mais non excitante, parfois le régime lacté partiel, une hygiène convenable, le séjour à la campagne sont les moyens les plus utiles pour s'opposer à l'affaiblissement graduel de l'organisme. Il faut s'abstenir des purgatifs, qui pourraient prédisposer à l'inflammation intestinale.

Le traitement local du pemphigus chronique doit être aussi simple que possible. La plupart des médecins français sont d'accord pour proscrire tous les topiques humides, les bains et les cataplasmes, qui

1. Le sirop de sulfate de strychnine du Codex (Vox. Lailler, *loc. cit.*, p. 13).

favorisent le développement des bulles; nous nous rangeons à cette opinion. Cependant Hébra dit avoir obtenu de bons effets des bains simples continus; le même auteur conseille l'application de l'onguent diachylon, quand les malades ne peuvent supporter les bains [1].

En raison de l'analogie des bulles du pemphigus avec les phlyctènes de la brûlure, Hillairet prescrivait avec avantage, dans le pemphigus bulleux, les applications de liniment oléo-calcaire avec l'enveloppement ouaté. Ce traitement est employé généralement aujourd'hui à l'hôpital Saint-Louis. Quand les croûtes sont formées, on peut faciliter leur chute par des onctions avec une pommade inerte, la pommade à l'oxyde de zinc (2 grammes pour 30 d'axonge) par exemple. Les ulcérations doivent être lavées avec une solution faible d'acide borique ou de salicylate de soude et pansées avec la poudre d'amidon associée à une petite proportion d'acide borique ou d'acide salicylique pulvérisés (5 d'acide borique ou salicylique pour 100 d'amidon).

Le traitement local du pemphigus foliacé consistera seulement à saupoudrer tout le corps du malade avec de la poudre d'amidon.

Pour le pemphigus de la bouche et de la gorge, on emploiera des collutoires ou des gargarismes émollients; pour le pemphigus des autres muqueuses, des lotions émollientes. Dans le pemphigus conjonctival, on se trouvera bien des collyres au borax (10 centigr. pour 30 grammes).

Les *complications internes* exigent un traitement spécial. Les vomissements seront combattus par l'eau de chaux ou l'eau de Vichy et le régime lacté; les complications intestinales et la diarrhée, par le sous-nitrate de bismuth, le laudanum de Sydenham, le Diascordium et la décoction blanche de Sydenham, aux doses habituelles.

1. Voy. Hébra, *loc. cit.*, t. Ier, p. 842.

N. B. Voir la planche chromolithographiée du pemphigus à la fin du volume. Pl. VI, fig. 3.

DEUXIÈME GENRE

RUPIA

Etymologie — De ῥύπος, *sordes*, ordures, ou de ῥυπάω, salir, souiller.

Synonymes, — Ulcères atoniques, ulcères croûteux[1].

Historique.

Les caractères du genre *rupia* ont été fort discutés; son existence même a été mise en doute. Beaucoup d'auteurs ont considéré cette affection tantôt comme une syphilide ulcéreuse et croûteuse, tantôt comme une variété de pemphigus ou d'ecthyma[2].

Willan ne mentionne même pas le rupia dans l'énumération des genres de sa classification; il semble l'avoir confondu avec l'ecthyma. C'est à son disciple *Bateman* qu'on doit d'avoir fait du rupia un genre à part, et d'en avoir donné, le premier, la description.

Pour Bateman, le rupia est une éruption caractérisée par des vésicules larges et aplaties, qui se manifestent sur différentes parties du corps, sans jamais devenir confluentes; la base de ces vésicules est légèrement enflammée; leurs progrès sont lents; leur contenu est une matière mal élaborée qui se transforme en croûtes minces et superficielles, que le plus léger frottement désorganise et qui se reproduisent sur-le-champ[3].

Bateman classait le rupia parmi les vésicules et lui reconnaissait

1. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 307.
2. Voy. *Compendium de médecine pratique* de Monneret et Fleury, t. VII, p. 440.
3. Voy. Bateman, *loc. cit.*, trad. Bertand, p. 293.

trois variétés : le *rupia simplex*, le *rupia proeminens* et le *rupia escharotica*. Ces variétés ont été admises par la plupart des dermatologistes; mais *Biett* a montré que la lésion élémentaire du rupia était une *bulle* et non une vésicule [1].

Les disciples de Biett, *Cazenave* et *Schedel*, décrivent les trois variétés établies par Bateman, mais font remarquer que le rupia simple et surtout le rupia proeminens offrent la plus grande analogie avec l'ecthyma, et que le rupia escharotica semble être la même affection que le *pe[illegible]higus gangrenosus* [2].

Maurice Chausit [3], élève de Cazenave, *Rayer* [4] et *Gibert* [5] admettent également les trois variétés décrites par Bateman, et considèrent le rupia comme une affe[illegible] de l'ecthyma et du pemphigus.

Devergie [6] conteste la qu[illegible] de *simple* attribuée au rupia. Il appelle le rupia simple de[illegible] *upia non proeminens;* il accepte d'ailleurs les deux autres v[illegible] roeminens et escharotica. Mais, tout en n'attachant qu'une [illegible] secondaire à la forme primitive du mal, il pense que le rupia [illegible] ruption vésiculeuse et non bulleuse. « Lorsqu'on observ[illegible] ffection à sa naissance, on voit apparaître quatre ou cinq [illegible] nfluentes, du volume d'une très p[illegible]n [illegible] circonférence et se confondant [illegible] ner qu'une phlyctène, ce qui a d[illegible]

Devergie décrit, de plus, [illegible] composées du rupia : l'*ecthyma rupiforme*, qui est l'ecthyma cachectique ordinaire; l'*impetigo rupiforme*, qui semble être une scrofulide; l'*herpès rupiforme* (?), qu'il considère comme une affection à la fois syphilitique et scrofuleuse.

Bazin n'admet que le rupia simplex et le rupia proeminens; la troisième forme de Bateman, le rupia escharotica, n'est pour lui qu'une variété de pemphigus [7].

D'après Bazin, le rupia, lésion à la fois pustuleuse et bulleuse, peut être de cause interne ou de cause externe. Le *rupia de cause interne* comprend deux espèces : le *rupia scrofuleux* et le *rupia syphilitique*.

1. Voy. *Dictionnaire de médecine* de Fabre, t. VII, 1841, p. 110.
2. Voy. Cazenave et Schedel, *loc. cit.*, p. 165 et suivantes.
3. Voy. Chausit, *loc. cit.*, p. 128 et suivantes.
4. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 302 et suivantes.
5. Voy. Gibert, *loc. cit.*, t. I, p. 164 et suivantes.
6. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 314 et suivantes.
7. Voy. Bazin, *Affect. génér. de la peau*, 2e vol., 1805, p. 295.

Une éruption bulleuse de *cause externe*, semblable au rupia, peut être déterminée par l'application sur la peau de l'huile de noix d'acajou [1].

Le classement étiologique de Bazin est complètement inadmissible. Une éruption bulleuse et croûteuse, provoquée par un agent irritant, n'est pas un rupia. D'autre part, le rupia doit être également distingué, comme nous le dirons plus loin, des syphilides *à croûtes rupioïdes*.

Guibout [2] décrit les trois variétés de Bateman : rupia simplex; proeminens, escharotica, et, au point de vue étiologique, admet quatre espèces de rupia : le rupia cachectique, le rupia herpétique, le rupia syphilitique, le rupia scrofuleux. Or le rupia syphilitique est une syphilide; le rupia herpétique n'existe pas plus que l'herpétisme lui-même; le rupia scrofuleux et le rupia cachectique ne constituent pas deux formes différentes.

De tous les dermatologistes anglais contemporains, *Neligan* est le seul qui reconnaisse au rupia une existence propre, indépendante de la syphilis [3]. Il n'admet, d'ailleurs, que deux variétés : le rupia simplex et le rupia proeminens, et regarde, avec Whitley-Stokes [4], le rupia escharotica comme une forme de pemphigus (*P. gangrænosus*).

D'autres auteurs, au contraire, refusent de considérer le rupia comme une entité morbide distincte, en dehors de la syphilis. Déjà *Alibert* rattachait le rupia au genre *phlyzacia* (ecthyma) et le confondait avec le *phyzacia chronique* [5]. L'opinion d'Alibert est partagée aujourd'hui par un certain nombre de dermatologistes français et anglais et par toute l'école de Vienne.

Hardy enseigne que le rupia est la même affection que l'ecthyma cachectique. « Le rupia, dit-il, n'est pas une espèce pathologique distincte, méritant une dénomination spéciale; c'est seulement un ecthyma développé chez des sujets placés dans de mauvaises conditions hygiéniques [6]. »

Hébra n'admet que le rupia syphilitique; d'après lui, « tous les prétendus cas de rupia non syphilitique sont identiques à l'ecthyma [7]. »

Pour *Kaposi*, le rupia n'est pas une affection particulière, mais

1. Voy. Bazin, *loc. cit.*, p. 304 et suivantes.
2. Voy. Guibout, *Leçons sur les maladies de la peau*, t. I, 1876, p. 405.
3. Voy. Neligan et Belcher, *loc. cit.*, Dublin, 1866, p. 152.
4. Voy. *Dublin medical and physical Essays*, vol. I, p. 146, Dublin, 1808.
5. Voy. Alibert, *Monographie des dermatoses*, p. 69.
6. Voy. Hardy, *Leçons sur la mal. de la peau*, 2e partie, 1859, p. 59.
7. Voy. Hébra, *loc. cit.*, trad. Doyon, t. I, p. 844, 847.

seulement une *variété de croûtes* [1]. Le rupia est constitué par « une croûte centrale surélevée, entourée de cercles concentriques de croûtes imbriquées, lesquelles sont comme une série de toits superposés, dont chacun des supérieurs est plus petit que l'inférieur [2]. » Au-dessous de la croûte, on trouve un ulcère caractéristique. Cette lésion est le plus souvent syphilitique.

Ernest Besnier et *Doyon* rejettent aussi l'existence du rupia « comme affection idiopathique *propre* ». D'après ces auteurs, « le terme de rupia désigne un processus *commun* à divers états pathologiques, essentiellement constitué par le développement excentrique et successif de soulèvements épidermiques, auxquels succèdent des séries correspondantes de lésions sous-épithéliales et des zones successivement ajoutées de concrétions croûteuses. » Ces croûtes, ordinairement bombées et coniques, prennent alors un aspect conchyliforme, qui réalise le type classique du rupia. Mais elles peuvent appartenir à plusieurs affections différentes : à quelques variétés d'ecthyma, aux gommes syphilitiques ulcérées, aux ulcérations tuberculeuses de la peau, etc. Le rupia n'est donc autre chose qu'un type de croûtes [3].

Neumann donne le nom de rupia à des croûtes pyramidales, coniques, propres à une variété de syphilide ulcéreuse [4].

Pour *Duhring* également, le rupia est une croûte syphilitique, ressemblant à une *coquille d'huître* [5].

Erasmus Wilson [6] et *Tilbury Fox* [7] décrivent seulement aussi le rupia syphilitique.

Malgré l'autorité des auteurs que nous venons de citer, il nous est impossible d'adopter leur opinion ; nous conservons au rupia une place à part dans la classe des *dermatoses inflammatoires communes*, et nous pensons que les descriptions de Bateman, de Rayer et de Bazin sont encore vraies.

1. Voy. Kaposi, *loc. cit.*, trad. Besnier et Doyon, t. I, p. 95.
2. Voy. Kaposi, *loc. cit.*, t. II, p. 359.
3. Voy. E. Besnier et Doyon, Notes à la traduction de Kaposi, t. I, p. 95; t. II, p. 359.
4. Voy. Neumann, *loc. cit.*, trad. Darin, p. 55.
5. Voy. Duhring, *loc. cit.*, trad. Barthélemy et Colson, p. 635, 636.
6. Voy. Erasmus Wilson, *The Student's Book of cutaneous medicine*, etc., London, 1865, t. II, p. 363.
7. Voy. T. Fox, *Skin Diseases*, third edition, London, 1873, p. 287 (Bullous syphiloderm).

La lésion élémentaire du rupia est une bulle, qui devient rapidement pustuleuse, de sorte que cette affection doit être regardée comme un genre intermédiaire entre les dermatoses bulleuses et les dermatoses pustuleuses, entre le pemphigus et l'ecthyma.

Mais, bien que le rupia coexiste souvent avec l'ecthyma, bien que la bulle qui le constitue primitivement n'ait qu'une durée éphémère et se trouve presque aussitôt remplacée par une ulcération croûteuse semblable à celle de l'ecthyma, il n'est pas légitime de conclure à l'identité des deux affections, car leurs éléments primitifs sont différents; et, comme le dit très justement Bazin [1], « l'élément primitif est le caractère capital sur lequel repose, en définitive, la détermination des genres en dermatologie. Qu'on ne dise pas que ce signe est trop fugitif; un fait ne change pas de valeur par cela seul qu'il peut nous échapper souvent. Et, d'ailleurs, la même objection pourrait se reproduire à l'égard de l'eczéma, de l'impétigo, du pemphigus et de presque toutes les affections cutanées. »

Nous admettons donc le rupia comme un *genre de dermatoses bulleuses, distinct des syphilides rupioïdes et de l'ecthyma*, et nous conservons les trois variétés de Bateman et de Rayer : le *rupia simplex*, le *rupia proeminens*, le *rupia escharotica*. C'est à tort que cette dernière forme a été rattachée au pemphigus, sous le nom de *pemphigus gangrœnosus*.

Définition et description.

Le rupia est une affection cutanée caractérisée par des bulles volumineuses, isolées, aplaties, remplies d'un liquide sanieux, séro-purulent ou sanguinolent, auxquelles succèdent des croûtes noires, épaisses et larges, qui recouvrent elles-mêmes des ulcérations généralement assez lentes à se cicatriser.

Les trois variétés distinguées par Bateman représentent trois degrés différents de l'éruption.

I. **Rupia simplex** (*non proeminens* de Devergie). — L'éruption du rupia débute tantôt d'emblée par des bulles, tantôt par des taches rouges sur lesquelles les bulles se développent rapidement. Ces bulles,

1. Voy. Bazin, *Affections génériques de la peau*, 2e vol., 1865, p. 297.

bulles du *pemphigus* sont globuleuses et contiennent une sé-
citrine ou louche, tandis que celles du rupia sont aplaties et
nent une humeur sanieuse, purulente et sanguinolente. Les
minces, larges et lamelleuses du pemphigus ne peuvent être
dues avec les croûtes épaisses, noirâtres, rugueuses et adhé-
du rupia. Enfin le pemphigus est une dermatose superficielle,
que le rupia atteint le derme profondément et laisse des cica-
indélébiles.

upia escharotica diffère également du pemphigus par la pro-
r de la lésion cutanée qu'il détermine, par le contenu de ses
qui est sanieux et sanguinolent, et par la mortification du
, qu'on n'observe dans aucune forme de pemphigus.

pu prendre pour du rupia, d'après Bazin [1], certains *abcès der-*
scrofuleux; mais la croûte qui se produit à l'ouverture de ces
se détache facilement et recouvre une ulcération fongueuse et
nte, à bords décollés; de plus, le mode de début et la marche
ésion contribuent toujours à éclairer le diagnostic.

thyma chronique ressemble beaucoup au rupia, particulière-
u rupia proeminens, et la distinction de ces deux affections est
t plus difficile qu'elles apparaissent souvent dans des conditions
ques et qu'on peut les rencontrer en même temps sur le même
u. Cependant le rupia diffère de l'ecthyma par sa forme primi-
t bulleuse, tandis que l'ecthyma est pustuleux d'emblée. La
de l'ecthyma repose sur une base dure, saillante et fortement
mée; son contenu est franchement purulent; — l'inflammation
rique du rupia est plus superficielle; le contenu des bulles
mélange de sérosité, de pus et de sang. Les croûtes de l'ecthyma
ins larges, moins saillantes, moins volumineuses et souvent
hérentes que celles du rupia; elles sont profondément enchâs-
ns le derme, bien limitées à leur pourtour, tandis que les
du rupia ont de la tendance à s'étendre graduellement à la
rie. Enfin les ulcérations du rupia sont beaucoup plus larges,
fondes et plus rebelles que celles de l'ecthyma.

philide pustulo-crustacée, improprement dénommée quelque-
ia syphilitique, coexiste habituellement avec d'autres mani-
s de la vérole. Elle est caractérisée par des pustules entourées

[1] Bazin, *Affect. génériques de la peau*, 2e vol., 1865, p. 296.

qui mesurent environ le diamètre d'une pièce d'un franc, sont aplaties et flasques et contiennent une humeur sanieuse, séro-purulente ou sanguinolente, qui se concrète, dans l'espace de deux jours au plus, sous forme de croûtes brunâtres. Mais l'épiderme continue à se dé- c[illegible] se soulever autour de la croûte, de sorte que la bulle s'ac- crois[illegible] périphérie en même temps qu'elle se dessèche au centre. On peut ai[illegible] voir, pendant quatre ou cinq jours, plusieurs soulèvements bul[illegible]rconférentiels et excentriques, qui se dessèchent succes- sivem[illegible] et augmentent la largeur de la croûte. Lorsque le processus i[illegible]oire est terminé, cette croûte se trouve constituée par une serie de [illegible]melles croûteuses imbriquées, qui résultent de l'extension périphérique de la bulle.

Les croûtes du rupia [illegible]t rugueuses et légèrement sail- lantes ; elles se détach[illegible]llement au bout de quelques jours ou sont enlevées par [illegible]ment ou le grattage. Au-dessous d'elles, on trouve une ulcéra[illegible]perficielle qui se recouvre par- fois de nouvelles croûtes et s[illegible]rise lentement. A la suite de la cicatrisation, la peau conserv[illegible]emps une teinte rouge, livide ou violacée.

Le rupia simplex siège hab[illegible]ent aux membres inférieurs, prin- cipalement aux jambes, p[illegible]sses et à la région lombaire, plus rarement sur le reste du corps.

Les éléments éruptifs sont toujours en petit nombre et séparés les uns des autres par de larges intervalles de peau saine.

Le rupia est une affection chronique. La durée totale de la maladie varie de plusieurs semaines à plusieurs mois.

II. **Rupia proeminens.** — Cette variété diffère de la précédente par la forme et l'étendue des croûtes, par la profondeur et la longue durée des ulcérations.

Le rupia proeminens se présente dans les mêmes conditions que le rupia simplex; il occupe les mêmes régions; il est constitué au début par la même lésion élémentaire; mais, en même temps que la croûte s'élargit par l'extension périphérique du soulèvement bulleux, elle s'épaissit au centre par la persistance de la sécrétion sous-jacente et par l'adjonction successive de nouvelles concrétions à sa face profonde. C'est grâce à ce double accroissement graduel que la croûte augmente de hauteur à mesure qu'elle s'étend en surface. Quand elle a acquis son développement complet, son aspect rappelle celui d'une

oquille de *patelle* [1] ou de la grande valve de certaines espèces 'huîtres. Elle semble formée par la superposition de plusieurs croûtes econdaires, concentriques, étagées par ordre de grandeur décroisante.

Les croûtes du rupia proeminens sont donc plus ou moins larges et lus ou moins saillantes, conchyliformes, coniques, arrondies à leur ase, dures, inégales et raboteuses, noires ou brunâtres. Elles restent rdinairement adhérentes pendant un temps fort long, et parfois elles e peuvent être détachées qu'à l'aide de cataplasmes ou d'applications mollientes. Dans quelques cas, elles se ramollissent partiellement, e fendillent, et l'humeur sous-jacente se fait jour à travers les fissures.

Quand les croûtes sont tombées, on trouve au-dessous d'elles des ulcérations arrondies, d'une profondeur et d'une étendue variables. Tantôt l'ulcération, ainsi mise à nu, se recouvre d'une croûte nouvelle; tantôt elle persiste, baignée par un liquide sanieux, avec un fond blafard et saignant, des bords tuméfiés et livides; quelquefois même, elle s'agrandit en profondeur et en surface, et peut acquérir les dimensions d'une pièce d'argent de cinq francs. La guérison de ces *ulcères atoniques*, comme les appelle Rayer [2], se fait toujours longtemps attendre; cependant il arrive un moment où la sécrétion ichoreuse se tarit et où la cicatrisation s'opère. Les cicatrices qui remplacent les ulcérations sont rougeâtres ou violacées, et constituent toujours des dépressions ou des taches indélébiles.

III. Rupia escharotica. — Cette forme est spéciale au jeune âge : c'est la même affection qui a été décrite par quelques auteurs sous le nom de *pemphigus gangrænosus*.

Le rupia escharotica débute par des taches livides et légèrement proéminentes, sur lesquelles apparaissent bientôt des bulles aplaties, larges et irrégulières. Ces bulles sont entourées d'une auréole violacée et renferment un liquide noirâtre, séro-sanguinolent. Elles se rompent rapidement; leur contenu s'écoule, au lieu de se concréter, comme dans les formes précédentes, et laisse à découvert des ulcérations plus ou moins profondes, d'apparence gangréneuse, baignées

1. Patelle ou *Lepas*, genre de mollusques gastéropodes, dont la coquille est en forme de cône surbaissé, recouvrant entièrement le corps de l'animal comme une écuelle.
2. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 303.

par un pus sanieux et fétide. De nouvelles bulles se développent successivement les jours suivants, et l'état général ne tarde pas à devenir très grave : la fièvre s'allume, les douleurs sont très vives, l'enfant est agité et anxieux, et la mort peut survenir dans l'espace d'un à deux septénaires. Quand la maladie doit guérir, la cicatrisation est toujours très lente, le derme est quelquefois sphacélé, et les eschares, en se détachant, donnent lieu à des cicatrices profondes (Bateman) [1].

Le rupia escharotica diffère des deux autres variétés de rupia par l'absence complète de croûtes; dans cette forme, l'ulcération succède directement à la bulle.

On observe cette affection sur les jambes, les cuisses et le scrotum [2], sur l'abdomen et les lombes, plus rarement sur le cou et la poitrine, exceptionnellement sur les membres supérieurs [3].

Etiologie.

Le rupia est une affection rare, essentiellement cachectique.

On observe le *rupia simple* et le *rupia proeminens* chez les vieillards affaiblis et misérables, chez les enfants scrofuleux, débiles et mal nourris [4], chez les individus épuisés par une maladie antérieure ou par une alimentation [5] défectueuse. Il peut succéder aux fièvres éruptives (Rayer), particulièrement à la variole. Ces deux formes, *simplex* et *proeminens*, qui dépendent des mêmes causes, sont souvent réunies sur le même sujet et parfois associées à l'ecthyma.

Le *rupia escharotica*, au rapport de Bateman, n'attaque que les enfants très jeunes, réduits au marasme. C'est une affection tellement rare, au moins en France, que *Billard* dit ne l'avoir jamais observée sur les nombreux enfants cachectiques confiés à ses soins [6].

Diagnostic.

Le rupia doit être distingué du pemphigus, de l'ecthyma, des abcès dermiques et de la syphilide pustulo-crustacée.

1. Voy. Bateman, *loc. cit.*, trad. Bertrand, p. 295.
2. D'après Chausit (*loc. cit.*, p. 132), le scrotum est le siège le plus fréquent du rupia escharotica.
3. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 304.
4. Voy. Billard, *Traité des maladies des enfants*, Paris, 1828, p. 130.
5. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 304.
6. Voy. Billard, *loc. cit.*, p. 295.

Les bulles du *pemphigus* sont globuleuses et contiennent une sérosité citrine ou louche, tandis que celles du rupia sont aplaties et renferment une humeur sanieuse, purulente et sanguinolente. Les croûtes minces, larges et lamelleuses du pemphigus ne peuvent être confondues avec les croûtes épaisses, noirâtres, rugueuses et adhérentes du rupia. Enfin le pemphigus est une dermatose superficielle, tandis que le rupia atteint le derme profondément et laisse des cicatrices indélébiles.

Le rupia escharotica diffère également du pemphigus par la profondeur de la lésion cutanée qu'il détermine, par le contenu de ses bulles, qui est sanieux et sanguinolent, et par la mortification du derme, qu'on n'observe dans aucune forme de pemphigus.

On a pu prendre pour du rupia, d'après Bazin [1], certains *abcès dermiques scrofuleux;* mais la croûte qui se produit à l'ouverture de ces abcès se détache facilement et recouvre une ulcération fongueuse et saignante, à bords décollés; de plus, le mode de début et la marche de la lésion contribuent toujours à éclairer le diagnostic.

L'*ecthyma chronique* ressemble beaucoup au rupia, particulièrement au rupia proeminens, et la distinction de ces deux affections est d'autant plus difficile qu'elles apparaissent souvent dans des conditions identiques et qu'on peut les rencontrer en même temps sur le même individu. Cependant le rupia diffère de l'ecthyma par sa forme primitivement bulleuse, tandis que l'ecthyma est pustuleux d'emblée. La pustule de l'ecthyma repose sur une base dure, saillante et fortement enflammée; son contenu est franchement purulent; — l'inflammation périphérique du rupia est plus superficielle; le contenu des bulles est un mélange de sérosité, de pus et de sang. Les croûtes de l'ecthyma sont moins larges, moins saillantes, moins volumineuses et souvent plus adhérentes que celles du rupia; elles sont profondément enchâssées dans le derme, bien limitées à leur pourtour, tandis que les croûtes du rupia ont de la tendance à s'étendre graduellement à la périphérie. Enfin les ulcérations du rupia sont beaucoup plus larges, plus profondes et plus rebelles que celles de l'ecthyma.

La *syphilide pustulo-crustacée*, improprement dénommée quelquefois *rupia syphilitique*, coexiste habituellement avec d'autres manifestations de la vérole. Elle est caractérisée par des pustules entourées

1. Voy. Bazin, *Affect, génériques de la peau*, 2e vol., 1865, p. 296.

d'une auréole cuivrée, puis par des croûtes dures, saillantes et verdâtres, ordinairement moins larges que celles du rupia. L'ulcération qui succède à ces croûtes est grisâtre et peu suintante; ses bords sont taillés à pic. Les cicatrices syphilitiques sont superficielles, lisses, blanches au centre et pigmentées à la circonférence; celles du rupia sont [illegible]ıs profondes, rougeâtres ou violacées.

Pronostic et traitement.

Le [illegible]ıpia est une affection longue et difficile à guérir, mais qui n'entraî[illegible]ne, à l'exception du rupia escharotica, don[illegible]ue toujours funeste. Toute la gravité du [illegible]ıvais état général qui lui a donné naissance [illegible]ièrement grave chez les enfants et chez les [illegible]ıut chez les scrofuleux.

Traite[illegible]stenir, dans les cas ordinaires, suivant le co[illegible] cataplasmes, des corps gras et des bains; [illegible]espectées, car elles constituent le meilleur [illegible] il suffit de les saupoudrer avec de [illegible]ırsque la lésion affecte une marche [illegible]devient une cause d'irritation et de tiraillement pour les parties voisines [3], il est nécessaire d'en provoquer la chute à l'aide de cataplasmes d'amidon ou de fécule de pommes de terre.

Les ulcérations doivent être lavées avec une solution faible d'acide phénique, d'acide borique ou d'acide salicylique, ou avec de l'eau alcoolisée. Lorsqu'elles sont enflammées et douloureuses, il peut être nécessaire de les recouvrir momentanément de cataplasmes; mais, le plus souvent, le pansement phéniqué est le traitement qui leur convient le mieux. Rayer préconisait l'emploi de la crème de tartre, qu'il considérait comme le topique le plus favorable à la cicatrisation du rupia; ce moyen peut être essayé sans inconvénient, dans les cas où les autres pansements ne réussissent pas.

Lorsque les ulcères deviennent atoniques et tardent à se cicatriser, il faut modifier leur surface par de légères applications cathérétiques

1. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 319.
2. Voy. Guibout, *loc. cit.*, t. I, p. 417.
3. Voy. Bazin, *loc. sup. cit.*, p. 417.

ou caustiques, des attouchements avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, le chlorure de zinc, etc.

Traitement général. — La médication interne est plus importante dans le traitement du rupia que la médication locale. C'est contre l'affaiblissement et la cachexie, causes de l'éruption, qu'il faut diriger tous les efforts de la thérapeutique. Les toniques, les ferrugineux, les amers, le sirop d'iodure de fer, l'extrait de quinquina, une alimentation réparatrice et une hygiène convenable sont toujours les agents les plus efficaces de la guérison de cette affection.

QUATRIÈME ORDRE

DERMATOSES PUSTULEUSES

PREMIER GENRE

ECTHYMA

Etymologie. — De ἔκθυμα, pustule; εκθυμιάω, je fais saillie; ἐκθύειν, *erumpere*, sortir avec impétuosité.

Synonymie. — *Dartre crustacée; psoriasie crustacée; phlyzacia*, Alibert; *phlyzacion; terminthus*, Lorry, Plenck; etc.

Historique.

Avant Willan, le mot *ecthyma* était employé dans le sens hippocratique, comme synonyme de pustule.

Willan, le premier, s'est servi de ce terme pour désigner un genre bien défini d'affection cutanée. « L'ecthyma, dit *Bateman* [1], est une éruption de pustules enflammées (phlyzacia), qui s'élèvent ordinairement à une certaine distance les unes des autres, ne sont point accompagnées de fièvre et ne sont pas contagieuses. » Willan et Bateman reconnaissent quatre variétés d'ecthyma : 1° l'*ecthyma vulgare*, qui est la forme la moins grave de l'éruption; 2° l'*ecthyma infantile*; 3° l'*ecthyma luridum*, caractérisé surtout par « la rougeur de la base des pustules, par la rudesse et la proéminence de cette base; » 4° l'*ecthyma cachecticum*, qui se développe chez les individus dont la constitution

1. Voy. Bateman, *loc. cit.*, trad. Bertrand, p. 230 et suivantes.

est profondément altérée et qui présente beaucoup d'analogie avec certaines syphilides.

Alibert, après avoir considéré d'abord l'ecthyma comme une variété de *dartre crustacée* [1], décrit ensuite cette affection comme un genre à part, sous le nom de *phlyzacia* [2]; ce genre comprend deux espèces : le *phlyzacia aigu* et le *phlyzacia chronique*.

Rayer distingue aussi deux formes d'ecthyma : l'*ecthyma aigu* et l'*ecthyma chronique;* d'après lui, les variétés admises par Bateman ne reposent pas sur des bases assez fixes pour être adoptées. L'ecthyma aigu répond à peu près à l'ecthyma vulgaire de Willan; l'ecthyma chronique comprend les variétés *infantile* et *cachectique* de l'auteur anglais [3].

Cazenave et *Schedel* ne donnent qu'une description générale de l'ecthyma et mentionnent seulement, d'après Willan, l'*E. infantile* et l'*E. cachecticum* [4].

Chausit, s'appuyant sur l'autorité de Cazenave, reconnaît et décrit une forme aiguë et une forme chronique de l'ecthyma; d'après lui, les variétés admises par Bateman « n'offrent aucun caractère particulier qui mérite une description à part [5] ».

Gibert, outre les formes aiguë et chronique, reproduit les quatre variétés de Bateman; mais, après avoir décrit l'*ecthyma luridum*, il se borne à dire que l'*ecthyma cachecticum* s'en rapproche sous tous les rapports [6]. Ces deux variétés sont, en effet, identiques. Gibert ajoute aux formes précédentes une variété grave, non décrite avant lui, à laquelle il donne le nom d'*ecthyma ulcéreux*. Cet ecthyma ulcéreux, qu'on a confondu à tort, dit-il, avec les syphilides, peut être sous la dépendance d'un état cachectique ou de la diathèse scrofuleuse.

Devergie décrit l'*ecthyma vulgare* comme une affection aiguë, franchement inflammatoire, l'*ecthyma infantile* comme une éruption le plus souvent générale et successive (*E. diutinum*), dont la durée n'a pas de limites précises [7].

Il admet, suivant la marche, un ecthyma aigu, un ecthyma chronique

1. Voy. Alibert, *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau*, 2e éd., 1822, t. I, p. 232 et 243.
2. Voy. Alibert, *Monographie des dermatoses*, p. 66 et suivantes.
3. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t I. p. 723 et suivantes.
4. Voy. Cazenave et Schedel, *loc. cit.*, p. 221-223.
5. Voy. Maurice Chausit, *loc. cit.*, p. 113.
6. Voy. Gibert, *loc. cit.*, p. 255-258.
7. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 359-360.

et un ecthyma successif; suivant la cause, un ecthyma idiopathique et un ecthyma symptomatique, etc. Les deux variétés *luridum* et *cachecticum* représentent, pour lui, une seule et même affection, dont il place la description entre le pemphigus et le rupia, et qu'il tend à considérer comme une forme de rupia plutôt que comme une maladie spéciale [1].

Bazin distingue : 1° un ecthyma de *cause externe*, dû à l'action de toutes les substances irritantes à la surface de la peau et comprenant l'ecthyma parasitaire (gale); 2° un *ecthyma pathogénétique*, auquel il rattache l'*ecthyma infantile*, « dû au lait d'une mauvaise nourrice »; 3° un ecthyma de *cause interne*, qui renferme : a. l'ecthyma *symptomatique* (de la variole, de la scarlatine et des maladies fébriles); b. l'ecthyma *constitutionnel*, soit syphilitique, soit scrofuleux (*luridum* de Willan et Bateman), soit arthritique ou dartreux (*cachecticum* de Willan et Bateman) [2].

Hardy pense que le développement de l'ecthyma est ordinairement accidentel et en dehors des influences diathésiques. Il divise cette affection, suivant sa marche, en *ecthyma aigu* et en *ecthyma chronique*.

L'ecthyma aigu est subdivisé en *ecthyma simple* et *ecthyma gangréneux*. Cette dernière affection est fort analogue, suivant Hardy lui-même, au *rupia escharotica*.

L'ecthyma chronique comprend deux variétés : l'*ecthyma infantile* et l'*ecthyma cachectique* (*cachecticum*, *luridum*), « qui se présente de préférence chez les vieillards ou chez les adultes dont la constitution est détériorée. » Nous avons déjà dit que M. Hardy considérait l'ecthyma cachectique et le rupia comme une seule et même affection [3].

Guibout admet : 1° un *ecthyma simple ou de cause externe*, qui résulte d'irritations locales quelconques; 2° un *ecthyma essentiel* ou *idiopathique* ou *fièvre ecthymateuse*; 3° un *ecthyma parasitaire*, qui est une manifestation de la gale et qu'il n'y a aucune raison de séparer de l'ecthyma de cause externe; 4° un *ecthyma symptomatique* qui comprend trois variétés : l'*E. cachecticum*, l'*E. syphilitique* qui est une syphilide et non un ecthyma, et l'*E. herpétique* [4].

1. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 312-314.
2. Voy. Bazin, *Leçons sur les affect. génériques de la peau*, 2e vol., 1865, pages 282-291.
3. V. Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 2e partie, 1859, p. 49 et suivantes.
4. Voy. Guibout, *loc. cit.*, t. I, p. 147-150.

En somme, tous les auteurs qui précèdent ont adopté à peu près la définition de Willan, et tous sont d'accord, malgré quelques divergences dans le classement des espèces, pour considérer l'ecthyma comme un genre à part. Hébra et ses élèves, au contraire, ne consacrent pas de description particulière à cette affection.

Hébra, dans un même chapitre [1], traite assez confusément de toutes les éruptions pustuleuses, principalement de l'impétigo (Pustelflechte) et de l'ecthyma (Eiterblasen). Il rappelle la classification de Willan, modifiée par Biett, dans laquelle les phlyzacia sont caractéristiques de l'ecthyma, et les psydracia de l'impétigo [2]. Mais il s'élève avec force contre l'opinion commune; d'après lui, toutes les pustules doivent être regardées comme des produits morbides secondaires; il n'existe pas d'affections pustuleuses proprement dites, mais seulement des pustules qui peuvent survenir dans le cours ou comme effet de plusieurs maladies cutanées différentes [3]. « Toutes les éruptions pustuleuses qui présentent le caractère de psydracia (impétigo) ou de phlyzacia (*ecthyma*), discrètes ou réunies par groupes et occupant le tronc ou les extrémités, mais en général ces dernières, » — toutes ces éruptions, disons-nous, sont divisées par Hébra, selon leur étiologie, en deux classes [4] :

1° Pustules provenant d'éruptions primaires produites par des *irritants extérieurs :* ecthyma parasitaire; ecthyma compliquant l'eczéma ou le prurigo; *ecthyma antimoniale seu Autenriethi* (Fuschs), déterminé par l'application des emplâtres stibiés.

2° Pustules résultant d'une *affection interne* ou provenant « de quelque source d'infection ayant son siège dans l'organisme lui-même »; ces dernières, qu'on peut observer dans la fièvre puerpérale, dans la période de suppuration de la variole, dans la pneumonie grave, suppurée ou gangréneuse, à la suite de vastes abcès internes, etc., doivent être considérées « comme des métastases à la peau, comparables aux autres abcès métastatiques et infarctus purulents ».

Toutes ces pustules peuvent présenter une forme phlysaciée ou psydraciée; mais elles ne possèdent, en elles-mêmes, aucun caractère particulier qui permette de poser un diagnostic quant à leur origine.

1. Voy. Hébra, *loc. cit.*, trad. Doyon, t. I, p. 778.
2. Voy. Hébra, *loc. cit.*, p. 784.
3. Voy. Hébra, *loc. cit.*, p. 788.
4. Voy. Hébra, *loc. cit.*, p. 786-788 et suivantes.

De ce qui précède, il résulte, ajoute Hébra, « que *les affections pustuleuses de la peau décrites par les auteurs sous les noms d'impétigo, d'ecthyma, etc., n'ont pas d'existence réelle comme maladies indépendantes* [1]. » Le terme ecthyma indique seulement plusieurs pustules phlyzaciées isolées ou agglomérées.

[2] adopte entièrement l'opinion d'Hébra; d'après lui, des psydraciées (impétigo) ou phlyzaciées (ecthyma) peuvent ap-
par « partout où il survient une inflammation exsudative aiguë,
diffuse u circonscrite, dans la partie la plus superficielle du chorion et dans la couche papillaire. » Mais ces pustules ne représentent qu'une exagération d ammation arrivant jusqu'à suppuration; et jamais l'ecthyma étigo ne peuvent être considérés comme des affections idiopat

Le commentateur français osi, *Ernest Besnier*, proteste avec raison contre le déclassement cthyma et tient pour nécessaire la conservation de ce genre anat e, qui répond à une affection parfaitement différenciée, au moi point de vue clinique.

Neumann, à l'exemple d' ésigne par les mots d'*impétigo* ou d'*ecthyma* « des pustules cuta i sont symptomatiques d'affections diverses de la peau. L'expr mpétigo est synonyme de pustules psydraciées et celle d'ec stules phlyzaciées; mais ces pustules ne constituent jan rtie de l'ensemble symptomatique de processus morbides différents et n'existent pas, par conséquent, à titre d'affection indépendante [3]. »

Duhring, au contraire, bien qu'élève de l'Ecole de Vienne, décrit brièvement l'ecthyma, suivant la définition classique des auteurs français [4].

Les dermatologistes anglais, fidèles à la tradition de Willan, admettent tous l'existence de l'ecthyma comme affection spéciale.

Erasmus Wilson décrit l'ecthyma parmi les affections furonculeuses (*furoncular affections*) et reconnaît un ecthyma aigu et un ecthyma chronique. L'ecthyma aigu comprend l'*E. vulgare* de Willan et l'*E. gangrænosum* de Hardy; l'ecthyma chronique comprend l'*E. infantile* et l'*E. cachecticum* [5].

1. Voy. Hébra, *loc. cit.*, p. 793.
2. Voy. Kaposi, trad. Besnier et Doyon, t. II, p. 46.
3. Voy. Neumann, *loc. cit.*, trad. Darin, p. 250.
4. Voy. Duhring, *loc. cit.*, trad. Barthélemy et Colson, p. 338.
5. Voy. Erasmus Wilson, *The student's Book of cutaneous medicine*, 1864, t. I, p. 193. Voy. également E. Wilson, *Lectures on Dermatology*, London, 1871, p. 67.

Tilbury Fox place l'ecthyma dans le groupe des maladies pustuleuses (*suppurative inflammation, or pustular diseases)*; il admet une forme aiguë très rare, et une forme chronique qui renferme les variétés *infantile*, *luridum* et *cachecticum* [1].

Neligan et *Belcher* (de Dublin) considèrent également l'ecthyma comme une affection pustuleuse, caractérisée par des pustules phlyzaciées; ils adoptent la division en ecthyma aigu et en ecthyma chronique, et, dans cette dernière forme, ils rangent l'*E. infantile*, l'*E. luridum* et l'*E. cachecticum* de Willan [2].

Définition et description.

On doit donner le nom d'ecthyma à une éruption constituée par des pustules arrondies, ordinairement volumineuses, isolées, peu nombreuses, entourées d'une auréole rouge, dures et enflammées à leur base, auxquelles succèdent des croûtes brunes, plus ou moins épaisses, remplacées elles-mêmes par des taches rougeâtres ou, plus souvent, par de véritables cicatrices.

L'ecthyma est le type des *pustules phlyzaciées* [3].

L'éruption est quelquefois, mais rarement, annoncée par un malaise général, un peu de céphalalgie et de courbature; le plus souvent elle survient sans prodromes.

La pustule ecthymateuse débute par une élevure rouge, arrondie ou conoïde, dure, saillante et douloureuse, qui, dès le second jour, quelquefois plus tôt, présente à son sommet une coloration blanche ou jaunâtre, due au soulèvement de l'épiderme par le pus. La suppuration envahit rapidement toute l'étendue de la saillie primitive; et, vers le troisième ou le quatrième jour, la pustule est complètement formée.

Cette pustule, à sa période d'état ou de maturation, est proéminente, distendue par le pus, élevée sur une base dure, rouge et enflammée, entourée d'une auréole érythémateuse; ses dimensions peuvent varier depuis la grosseur d'un pois jusqu'au diamètre d'une pièce de un franc et au delà (Bazin) [4].

Vers le sixième ou septième jour environ, la pustule se déchire et

1. Voy. Tilbury Fox, *loc. cit.*, p. 227, 228.
2. Voy. Dr J. Moore Neligan's *Practical treatise on diseases of the Skin*, edited by Dr Belcher, Dublin, 1866, p. 203.
3. Voy. ci-dessus, *Séméiologie générale des affections cutanées*, p. 93.
4. Voy. Bazin, *Affect. génér. de la peau*, 2e vol., 1865, p. 268.

son contenu se concrète en une croûte brune ou jaunâtre, épaisse, irrégulière, profondément enchâssée dans le derme. En même temps, l'auréole inflammatoire périphérique pâlit et disparaît.

La croûte se détache au bout du premier ou du second septenaire [1] et laisse à sa place tantôt une tache rougeâtre, plus ou moins persistante, tantôt une véritable dépression cicatricielle, de coloration rouge ou violacée. Dans quelques cas, surtout chez les vieillards et chez les individus cachectiques (*ecthyma cachecticum*), quand les croûtes sont tombées, on trouve au-dessous d'elles des ulcérations atoniques, qui suppurent pendant longtemps et se recouvrent de nouvelles croûtes, avant de se cicatriser définitivement. Les cicatrices qui succèdent à ces ulcères sont parfois irrégulières, mais rarement profondes, bien qu'indélébiles. L'ecthyma peut siéger sur toutes les régions du corps; mais on l'observe surtout aux membres inférieurs, sur les fesses, le dos et les épaules. Il est exceptionnel à la face [2] et sur le cuir chevelu.

Les pustules sont presque toujours peu nombreuses, bien isolées, distinctes les unes des autres, séparées par des intervalles de peau saine; il est rare qu'elles se réunissent par groupes. L'éruption n'est jamais confluente; elle occupe ordinairement une région bien limitée; c'est seulement dans l'ecthyma infantile, comme nous le dirons plus loin, qu'elle peut être généralisée. Mais, là encore, malgré sa généralisation, elle reste discrète.

Le retentissement douloureux de l'affection est variable, suivant l'abondance et le volume des pustules. Le développement de l'éruption est accompagné d'élancements, de tension et de cuisson dans les parties malades; mais, quand la croûte est formée, toute douleur disparaît. Cependant, lorsque l'ecthyma survient comme phénomène secondaire, dans le décours d'une maladie aiguë, les pustules qui siègent sur le dos ou sur les fesses, comprimées et excoriées par les frottements qui résultent du décubitus dorsal prolongé, peuvent donner lieu à des douleurs assez vives [3]. On a vu quelquefois l'inflammation se propager

1. Voy. Biett, *Dict. de médec.*, 2e éd., art. Ecthyma, p. 167.

2. J'ai vu cependant cette année, à la clinique médicale de l'hôpital Necker, chez une jeune femme convalescente de fièvre typhoïde et atteinte d'ecthyma des fesses et du dos, une pustule ecthymateuse solitaire, parfaitement caractérisée, sur la région temporale gauche.

J'ai vu également, sur un autre typhoïdique, atteint d'ecthyma des cuisses et des fesses, une petite pustule isolée à la partie interne du sourcil droit.

3. L'ecthyma de la fièvre typhoïde, par exemple, est ordinairement assez douloureux.

aux lymphatiques voisins et provoquer la tuméfaction des ganglions [1].

Les phénomènes généraux, *qui dépendent de l'éruption*, sont habituellement de peu d'importance; à peine existe-t-il un peu d'anorexie et de courbature, rarement un léger mouvement fébrile. Les symptômes généraux, plus ou moins graves, qui précèdent ou accompagnent l'ecthyma des enfants ou l'ecthyma cachectique des vieillards, sont en rapport avec les désordres organiques, avec la cachexie ou avec l'état morbide quelconque qui ont déterminé l'éruption.

La *marche* de l'ecthyma est *aiguë* ou *chronique*, suivant que l'éruption se produit en une seule fois ou par poussées successives. Dans le premier cas, la durée totale de l'affection est d'un ou de deux septénaires; dans le second, elle peut atteindre plusieurs mois. Les deux formes admises par Rayer et par d'autres auteurs, l'**ecthyma aigu** et l'**ecthyma chronique** (successif ou *diutinus*), ne présentent pas, entre elles, d'autre différence.

Le **pronostic** de l'ecthyma, considéré en lui-même, est peu grave. Cependant la multiplicité des pustules, leur succession incessante dans la forme chronique, les ulcérations rebelles auxquelles elles donnent lieu quelquefois, doivent imposer une certaine réserve dans l'appréciation de la durée de l'affection.

Mais la gravité de l'ecthyma réside principalement, non dans l'éruption elle-même, mais dans les conditions pathologiques qui lui ont donné naissance; elle dépend aussi de l'âge et de la constitution des sujets. En d'autres termes, ce n'est pas la lésion cutanée, c'est la cause de cette lésion, c'est la maladie originelle ou l'état morbide antérieur qui seuls peuvent fournir les indications pronostiques.

Etiologie et variétés.

Les **causes** de l'ecthyma sont multiples.

Cette affection est souvent le produit de la misère et de la malpropreté. On l'observe chez les individus qui vivent dans de mauvaises conditions hygiéniques, dont l'alimentation est malsaine ou insuffisante, chez ceux dont la constitution est dégradée par l'alcoolisme ou les

1. Voy. Bazin, *loc. cit.*, p. 269.
Rayer, *loc. cit.*, p. 726.
Compendium de médecine de Monneret et Fleury, t. III, p. 148.

excès de toutes sortes, chez les scrofuleux, chez tous les sujets cachectiques et chez les vieillards affaiblis.

L'ecthyma peut aussi survenir, à titre de complication ou de phénomène secondaire, dans le décours ou pendant la convalescence des fièvres éruptives, de la rougeole, de la scarlatine et surtout de la variole. Il n'est pas rare au déclin de la fièvre typhoïde. Il a été parfois considéré comme une crise salutaire ; mais, le plus souvent, il constitue un accident fâcheux, qui prolonge la durée de la maladie et peut devenir une nouvelle cause d'épuisement [1].

L'ecthyma complique quelquefois d'autres affections cutanées, telles que l'eczéma, le prurigo et l'érythème paratrime (produit par le décubitus prolongé).

Dans d'autres cas, il est provoqué par des irritants directs. C'est ainsi qu'on peut observer cette éruption, sur les parties découvertes, chez tous les ouvriers qui manient des substances irritantes, chez les fabricants de produits chimiques, chez les peintres, les épiciers, les maçons, les plâtriers, les mégissiers, les mineurs, etc.

Les affections parasitaires, la phthiriase et surtout la gale, sont aussi des causes fréquentes d'ecthyma artificiel.

Enfin, l'application des emplâtres stibiés, qui étaient beaucoup employés jadis, mais dont l'usage est aujourd'hui à peu près abandonné, détermine sur la peau une éruption pustuleuse absolument semblable à l'ecthyma.

On comprend qu'une affection qui peut naître dans des conditions si diverses doive appartenir à tous les âges; cependant elle se montre plus souvent chez les vieillards et chez les enfants que chez les adultes, à cause de la débilité naturelle des âges extrêmes.

Tous les auteurs, depuis Willan, considèrent l'ecthyma comme une éruption non contagieuse; mais il est possible que, dans certains cas, cette affection soit transmissible par inoculation. Toutefois, on ne peut rien affirmer à cet égard, car les expériences, encore trop peu nombreuses, sont contradictoires. *Emile Vidal* [2] et *Donaud* (de Bordeaux [3]

1. Voy. Bazin., *loc. cit.*, p. 287.
2. Voy. Emile Vidal, *De l'inoculabilité des pustules d'ecthyma* (*Annales de dermatologie*, 1873, t. IV, p. 350).
De l'inoculabilité de quelques affections cutanées. (Congrès médical international de Genève, 1877).
3. *Expériences sur l'inoculabilité de quelques affections cutanées*, in Mémoires *de la Société de médecine de Bordeaux*, 1875.

n'ont pas réussi dans leurs tentatives; *Vincenzo Tanturri* (de Naples) [1] a été plus heureux, et a pu inoculer plusieurs fois l'ecthyma [2].

Les auto-inoculations paraissent plus faciles que les inoculations d'un individu à un autre. D'après Emile Vidal, ces auto-inoculations réussissent au moins dans le tiers des cas et reproduisent des pustules identiques à celles de l'ecthyma spontané [3]. Les auto-inoculations successives seraient possibles, suivant Tanturri et Emile Vidal, jusqu'à la cinquième génération.

Quoi qu'il en soit, d'après les causes que nous avons énumérées précédemment, on peut admettre quatre **variétés** d'ecthyma : 1° l'*ecthyma cachectique ;* 2° l'*ecthyma infantile ;* 3° l'*ecthyma symptomatique ;* 4° l'*ecthyma de cause externe*.

L'ecthyma cachectique, qui répond à peu près à l'*E. cachecticum* et à l'*E. luridum* de Bateman, est celui qu'on observe chez les vieillards et chez les individus de tout âge, débilités par la misère et les excès. Il siège surtout aux jambes, mais il peut envahir les cuisses, le tronc et même les membres supérieurs. Il est remarquable par le volume de ses pustules, par l'adhérence de ses croûtes et par les ulcérations rebelles que celles-ci laissent en se détachant. Ces ulcérations peuvent même, dans certaines conditions de cachexie particulières, devenir gangréneuses et se transformer en plaies profondes et irrégulières, qui détruisent quelquefois toute l'épaisseur de la peau. Mais cette forme grave d'ecthyma gangréneux est heureusement fort rare [4]. L'ecthyma cachectique suit une marche chronique et présente toujours une durée assez longue.

1. Voy. *Ricerche critiche sperimentali sulle inoculazioni sifilitiche*, in *Morgagni*, 1867.

Les expériences de M. Tanturri ont été faites sur des sujets syphilitiques et avec de l'humeur extraite de pustules d'ecthyma chez des syphilitiques. Ces conditions particulières retirent aux résultats obtenus une partie de leur valeur.

2. J'ai vu, pour ma part, un cas probable de transmission d'ecthyma par *inoculation involontaire*. Pendant une épidémie de fièvre typhoïde, en 1880, à l'hôpital Lariboisière, une infirmière qui soignait des femmes typhoïdiques, atteintes d'ecthyma, présenta de nombreuses pustules phlyzaciées sur les poignets et sur les parties habituellement découvertes des avant-bras. La peau de ces régions était sans doute légèrement excoriée sur plusieurs points, et le contact souvent répété du pus ecthymateux des malades avait suffi pour produire l'inoculation.

3. Je dois ajouter cependant que j'ai tenté, à plusieurs reprises, des auto-inoculations d'ecthyma cachectique et d'ecthyma de la fièvre typhoïde, avec toutes les précautions nécessaires, et que je n'ai jamais eu la chance de réussir.

4. Voy., dans le *Traité des affections génériques de la peau* de Bazin (*loc. cit.*, p. 271), une remarquable observation d'ecthyma gangréneux.

Il peut se montrer chez des syphilitiques et ne doit pas être confondu avec la syphilide pustulo-crustacée, à laquelle on a donné à tort le nom d'ecthyma syphilitique.

L'**ecthyma infantile** est également une manifestation cachectique, comme la variété précédente, mais il diffère de celle-ci par sa gravité plus grande et par sa généralisation. Il est quelquefois aigu, plus souvent chronique et successif. On l'observe chez les enfants débiles, scrofuleux, allaités par de mauvaises nourrices ou nourris d'aliments indigestes; c'est ce qui avait porté Bazin à regarder cet ecthyma comme une éruption pathogénétique, due à une alimentation défectueuse ou malsaine [1]. Les pustules sont disséminées sur les membres et sur le tronc; elles peuvent même envahir la face. Elles sont très irrégulières dans leur volume et donnent lieu souvent à des ulcérations fort lentes à se cicatriser. L'éruption est parfois accompagnée de phénomènes généraux graves, d'amaigrissement, de diarrhée et de vomissements; mais ce désordre des fonctions digestives et la cachexie qui en résulte doivent être considérés comme les causes et non comme les conséquences de l'affection cutanée.

L'**ecthyma symptomatique** a été décrit par Bateman, qui le rattachait à l'*ecthyma luridum* [2]. Il se montre dans le cours ou plutôt au déclin de certaines maladies fébriles, surtout pendant la convalescence de la variole et à la fin de la fièvre typhoïde.

L'ecthyma typhique siège particulièrement sur les fesses, les cuisses et le dos; il est constitué par des pustules de dimensions variables, ordinairement superficielles, qui ne laissent pas de cicatrices. Le pus de ces pustules renferme des bactéries, semblables à celles qu'on trouve dans le sang de la plupart des typhoïdiques.

L'**ecthyma de cause externe** (*ecthyma artificiel* de Bazin, *ecthyma vulgaire, ecthyma idiopathique* de quelques auteurs) peut être produit par toutes les irritations cutanées, de quelque nature qu'elles soient. Cette variété, dans laquelle la lésion locale constitue toute la maladie, comprend : l'*ecthyma professionnel*, qui se montre, sur les parties découvertes, principalement sur les mains et les avant-bras, chez un certain nombre d'artisans [3]; l'*ecthyma parasitaire*, symptomatique de la

1. Voy. Bazin, *loc. cit.*, p. 285.
2. Voy. Bateman, *loc. cit.*, p. 234.
3. Voy. ci-dessus, p. 508, l'indication des professions dans lesquelles on peut observer cet ecthyma artificiel.

gale ou de la phthiriase ; l'*ecthyma antimonial*, déterminé par les emplâtres stibiés, et toutes les éruptions artificielles de pustules phlyzaciées.

L'ecthyma artificiel ne présente aucune gravité ; il suit ordinairement une marche aiguë et disparaît avec la cause qui lui a donné naissance.

Anatomie pathologique.

L'histologie pathologique de l'ecthyma est celle de toute pustule phlyzaciée [1]. La lésion débute par une hyperémie localisée du corps papillaire, qui soulève l'épiderme sous forme d'une saillie papuleuse (*élevure rouge* de Rayer) [2]. En même temps que les éléments embryonnaires s'accumulent dans les papilles congestionnées, les cellules du corps muqueux subissent une altération spéciale, d'où résulte la formation de la vésicule. Cette altération consiste dans le gonflement hydropique de la cellule (Wagner, Cornil, etc.) ; les cellules dégénérées s'ouvrent les unes dans les autres, de façon à constituer la cavité vésiculaire. La transformation purulente du contenu de la vésicule convertit rapidement celle-ci en pustule. Autour de la pustule ainsi développée, le corps papillaire reste congestionné et tuméfié et représente « la base dure et enflammée du phlyzacia ». Mais lorsque la pustule s'est ouverte et que son contenu s'est desséché et concrété sous forme de croûte, l'hyperémie des papilles disparaît et les phénomènes inflammatoires se dissipent. Suivant l'intensité et la profondeur de la lésion, la peau est *exulcérée* ou *ulcérée* au-dessous de la croûte [3] ; et, après la guérison, dans le premier cas, l'ecthyma est seulement marqué par une tache, dans le second il laisse une cicatrice.

Diagnostic.

L'ecthyma doit être distingué du rupia, des pustules de la variole et de la vaccine, de l'acné, de la mentagre, de la syphilide pustulo-crustacée, de l'impétigo et du furoncle.

1. Voy. ci-dessus, p. 89 et suivantes.
2. Voy. Rayer, *loc. cit.*, p. 725.
3. Je rappelle que l'*exulcération* ou excoriation est une érosion superficielle qui ne dépasse pas l'épiderme, tandis que l'*ulcération* est une perte de substance qui atteint le corps papillaire ou le derme (V. ci-dessus, p. 115 et 116).

Le diagnostic du *rupia* a été fait précédemment [1].

L'*éruption variolique* diffère de l'ecthyma « par les symptômes généraux qui la précèdent et l'accompagnent, par le nombre et la dissémination de ses pustules, par leur forme ombiliquée et par leur mode d'évolution » (Bazin).

Les pustules de la *vaccine* sont également ombiliquées, et les cicatrices gaufrées qui leur succèdent ne ressemblent pas à celles de l'ecthyma.

L'*acné pustuleuse* siège sur la face, la poitrine et le dos, jamais sur les membres ; « ses pustules ont une évolution lente ; elles sont petites, nombreuses, indurées plutôt qu'enflammées à leur base, purulentes à leur sommet seulement » (Bazin) [2].

L'ecthyma siège, au contraire, sur les membres inférieurs, rarement sur la poitrine, presque jamais à la face. Ses pustules sont volumineuses et en petit nombre ; les croûtes qui leur succèdent ne ressemblent pas à celles qu'on observe quelquefois à la suite des pustules acnéiques.

Les pustules de la *mentagre* ont une évolution différente ; elles sont confluentes dans un espace circonscrit, et occupent exclusivement la barbe ; elles sont traversées à leur centre par un poil ; elles sont mêlées à des nodosités tuberculeuses, qui n'existent jamais dans l'ecthyma.

Il est quelquefois difficile de distinguer l'ecthyma des *pustules syphilitiques*. On reconnaîtra ces dernières à l'auréole cuivrée qui les entoure quelquefois, à leur marche beaucoup plus lente, à leur tendance plus grande à l'ulcération. La syphilide pustulo-crustacée siège indifféremment sur toutes les parties du corps ; elle n'est pas rare à la face. Les phénomènes locaux inflammatoires et douloureux sont moindres dans la syphilis que dans l'ecthyma. Les ulcérations syphilitiques sont taillées à pic et beaucoup plus profondes que les ulcérations ecthymateuses. Les croûtes de la syphilis sont grisâtres ou verdâtres ; elles sont plus épaisses que celles de l'ecthyma qui sont brunes ou noirâtres.

Les pustules de l'*impétigo* sont confluentes, réunies par groupes, superficielles et dépourvues de toute auréole inflammatoire. Ses croûtes sont molles, humides, aplaties, larges et jaunâtres, et ne présentent aucune ressemblance avec celles de l'ecthyma.

Le *furoncle* est une petite tumeur dure, profonde, *tuberculeuse* [3],

1. Voy. ci-dessus, p. 497.
2. Voy. Bazin, *loc. cit.*, p. 272, 273.
3. Voy. ci-dessus la description des *tubercules cutanés*, p. 104-109 de cet ouvrage.

cutanée et sous-cutanée, dont la suppuration est accompagnée de la mortification du tissu cellulaire et de l'expulsion d'un *bourbillon;* ces caractères n'ont rien de commun avec ceux de la pustule de l'ecthyma.

Thérapeutique.

Le *traitement général* de l'ecthyma doit consister surtout dans une hygiène convenable et une alimentation réparatrice. Les préparations ferrugineuses et toniques, le quinquina et le sirop d'iodure de fer, les amers pour exciter l'appétit et relever les fonctions digestives languissantes, feront tous les frais de la médication. Chez les enfants, le lait d'une bonne nourrice est préférable à tous les médicaments. La diarrhée, qui est fréquente dans l'ecthyma infantile et dans l'ecthyma cachectique, sera combattue par les moyens appropriés.

Le *traitement local* varie suivant la période de l'éruption.

A la période pustuleuse on doit se contenter de saupoudrer les surfaces malades avec la poudre d'amidon. Il faut savoir s'abstenir des bains, des cataplasmes, des applications humides et des pommades.

Pour prévenir les auto-inoculations, particulièrement chez les enfants, *Emile Vidal* [1] conseille d'appliquer sur les pustules un sparadrap composé de :

Emplâtre diachylon	27gr.
Cinabre	1gr 50
Minium	2gr 50

Ce topique, qui empêche la multiplication des lésions, est aussi, d'après Vidal, très promptement siccatif et cicatrisant; il peut abréger beaucoup la durée du traitement.

Quand les croûtes sont formées, il faut, autant que possible, les respecter, car elles constituent, comme on l'a dit, le meilleur pansement de l'ulcération sous-jacente. Cependant, quand elles sont trop longues à se détacher, on peut hâter leur chute par l'application de cataplasmes d'amidon cuit refroidis et par des bains amidonnés.

Lorsque l'éruption laisse après elle des *ulcérations*, il faut laver celles-ci avec des solutions antiseptiques, phéniquées, boriquées ou

1. Emile Vidal, communication au congrès médical international de Genève, 1877, section de médecine, séance du 15 septembre.

Celse distingue quatre espèces d'impétigo [1], dont la première est une maladie pustuleuse qui répond à peu près à l'affection que nous comprenons actuellement sous ce nom : les autres espèces se rapportent à l'eczéma, au psoriasis et à d'autres éruptions squameuses [2].

Sauvages et Joseph Franck augmentent encore la confusion introduite par les anciens auteurs, et réunissent dans le groupe des impetigines les affections les plus disparates.

Willan est le premier dermatologiste qui donne une définition précise de l'impétigo, en restreignant l'acception de ce mot à une éruption de pustules superficielles et *psydraciées*.

Willan et son disciple *Bateman* reconnaissent cinq formes d'impétigo [3] : 1° l'*impetigo figurata*, qui se présente sous la forme de plaques circonscrites, arrondies ou ovalaires, de grandeur variable, formées par la réunion de pustules confluentes et agglomérées. C'est, dit Bateman, la variété la plus commune de la dartre humide ; — 2° l'*impetigo sparsa*, dans lequel les pustules sont dispersées sans régularité sur diverses régions du corps; — 3° l'*impetigo erysipelatodes*, qui, d'après la description de Bateman, ressemble plutôt à un érysipèle qu'à un impetigo ; — 4° l'*impetigo scabida*, caractérisé spécialement par des croûtes épaisses, rugueuses et adhérentes, qui ressemblent à l'écorce de certains arbres ; — 5° l'*impetigo rodens*, à la suite duquel on observe des ulcérations envahissantes, qui résistent à tous les traitements.

Bateman sépare, à tort, des autres variétés de l'impétigo, l'*impetigo du visage* et celui *du cuir chevelu*, qu'il range dans le genre *porrigo*, sous les noms de *porrigo larvalis* (de *larva*, masque) et de *porrigo favosa* [4]. Pour Willan, le porrigo était une maladie *contagieuse*, caractérisée par une éruption de pustules, appelées *favi* et *achores*.

Alibert, dans le *Traité théorique et pratique sur les maladies de la peau*, décrit l'impétigo dans trois chapitres distincts et sous des noms différents. La *teigne granulée* (tinea granulata) [5] correspond à l'impétigo du cuir chevelu, et la *teigne muqueuse* (tinea muciflua) [6] à l'impé-

1. Voy. Bateman, *loc. cit.*, p. 189, note.
2. Voy. Celse, *De re medica*, lib. V, cap. 28, § 17.
3. Voy. Bateman, *loc. cit.*, p. 189 et suivantes.
4. Voy. Bateman, *loc. cit.*, p. 205 et 222.
Le porrigo favosa de Bateman ne représente pas le favus, comme certains auteurs l'ont cru. La teigne faveuse est décrite par Bateman sous les noms de *porrigo lupinosa* et de *porrigo scutulata* (*loc. cit.*, p. 212 et 214).
5. Voy. Alibert, *Traité théor. et prat. sur les malad. de la peau*, t. I, p. 13.
6. Voy. Alibert, *loc. cit.*, p. 34 et suivantes.

tigo du visage (porrigo larvalis de Willan) ; la *dartre crustacée flavescente* (herpès crustaceus flavescens) représente l'impétigo en général [1]. Sous le nom de *dartre crustacée stalactiforme* (herpès crustaceus procumbens), Alibert décrit particulièrement l'impétigo des ailes du nez et de la lèvre supérieure [2].

Dans plusieurs passages de ses descriptions et dans les observations qu'il rapporte, Alibert indique, d'une façon très explicite, les rapports de cette affection avec le lymphatisme et la scrofule.

Dans la *Monographie des dermatoses* [3], l'impétigo constitue, sous le nom de *mélitagre* (melitagra), un genre des dermatoses dartreuses. La mélitagre se présente sous la forme aiguë, *melitagra acuta vel flavescens*, ou sous la forme chronique, *melitagra chronica*, qui correspond, d'après Alibert, à l'impétigo scabida.

Dans le même ouvrage, Alibert décrit à part l'impétigo du cuir chevelu et du visage, auquel il donne un nom spécial, *achor mucifluus* (achore muqueux), et dont il fait une espèce du genre *achore* (groupe des *dermatoses teigneuses*) [4]. Il place une autre forme d'impétigo du cuir chevelu, l'impétigo granulata, dans le genre *porrigo*, sous le nom de *porrigine granulée* [5].

Rayer définit l'impétigo [6] : « une inflammation cutanée apyrétique, caractérisée par une ou plusieurs éruptions de petites pustules, agglomérées ou discrètes, appelées *psydraciées* par Willan, et dont l'humeur ne tarde pas à se dessécher en croûtes jaunâtres, rugueuses et proéminentes. »

Rayer admet deux formes d'impétigo : l'*impetigo figurata*, dans lequel les pustules sont disposées en groupes, et l'*impetigo sparsa*, dans lequel elles sont disséminées sur une surface plus ou moins considérable. Chacune de ces formes peut être *aiguë* ou *chronique*, suivant qu'elle consiste en une ou plusieurs éruptions successives de pustules.

L'impétigo figurata comprend l'impétigo du visage (larvalis) et l'impétigo des ailes du nez et de la lèvre supérieure (dartre crustacée

1. Voy. Alibert, *loc. cit.*, p. 232, 236 et 237.
2. Voy. Alibert, *loc. cit.*, p. 232-243.
Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 671.
3. Voy. Alibert, *Monographie des dermatoses*, p. 403, 405, 408 et 410.
4. Voy. *Monographie des dermatoses*, p. 277 et 279.
5. Voy. *Monographie des dermatoses*, p. 289 et 295.
6. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 668.

stalactiforme d'Alibert). A l'impétigo sparsa se rattachent l'impétigo scabida, l'impétigo du cuir chevelu (porrigo favosa de Willan, teigne granulée d'Alibert), l'eczéma *impetiginodes* et l'impétigo erysipelatodes de Willan.

Cazenave et Schedel décrivent les deux principales formes admises par Willan, l'*impetigo figurata* et l'*impetigo sparsa;* ils mentionnent seulement, comme formes rares, l'*impetigo erysipelatodes* et l'*impetigo rodens*. D'après Biett, ils considèrent le *porrigo larvalis* de Bateman et le *porrigo granulata* comme des variétés de l'impétigo, et leur consacrent une description complète, à la suite des autres formes de cette affection, sous les noms d'*impetigo larvalis* et d'*impetigo granulata* [1].

Chausit divise l'impétigo en *aigu* et *chronique* [2]. Les variétés de forme, telles que l'impétigo figurata et l'impétigo sparsa, n'ont pour lui qu'une importance secondaire. Cet auteur, suivant l'enseignement de son maître Cazenave, rattache l'*impetigo rodens* au *lupus*. Il décrit, comme formes spéciales, l'*impetigo larvalis* et l'*impétigo du cuir chevelu* (impétigo granulata). — L'impétigo aigu dure deux ou trois septénaires; c'est à lui qu'il faut rapporter l'*impetigo erysipelatodes* de Willan. — L'impétigo chronique « peut se présenter à deux états différents : soit qu'il dure indéfiniment, constitué par des poussées successives d'impétigo aigu; soit qu'il se perpétue sans discontinuité, entretenu par un suintement incessant que n'accompagne aucun phénomène d'acuité. » Il comprend l'impétigo scabida de Willan.

Devergie [3] a multiplié beaucoup les variétés de l'impétigo. Il admet un *impétigo simple*, aigu ou chronique, et des *formes composées :* l'impétigo eczémateux, ecthymatiforme, sycosiforme [4], rupiforme ou scabida.

L'*impétigo simple aigu* comprend les variétés *figurata* ou *conferta*, *sparsa*, *larvalis* (impétigo occupant presque tout le visage, comme un masque), *granulata* (variété d'impétigo du cuir chevelu), *erysipelatodes* (« dans lequel un état inflammatoire érysipélateux précède et accompagne l'éruption »), et deux variétés nouvelles créées par Dever-

1. Voy. Cazenave et Schedel, *loc. cit.*, p. 226, 232, 239 et 246.
2. Voy. Chausit, *loc. cit.*, p. 98 et suivantes.
3. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 335 et suivantes.
4. L'*impétigo ecthymatiforme* de Devergie est un ecthyma à pustules petites, superficielles et agglomérées.
L'*impétigo sycosiforme* n'est autre chose que l'eczéma récidivant de la lèvre supérieure (voy. ci-dessus, p. 378).

gie : l'*impetigo pilaris* et l'*impetigo purifluens*. Or l'impétigo pilaris, suivant la remarque de Bazin, semble n'être qu'un acné pilaris [1]; l'impétigo purifluens est seulement caractérisé par l'abondance et la longue durée de la sécrétion muco-purulente.

La principale variété d'impétigo chronique décrite par Devergie est l'*impetigo rodens*. Devergie insiste beaucoup sur cette variété, qui, d'après lui, peut se présenter sous la forme ulcéreuse et sous la forme non ulcéreuse; mais il me paraît avoir confondu, dans sa description, des affections tout à fait distinctes [2] : des scrofulides, des cas de cancroïde et d'acné sébacée, et peut-être même des syphilides.

Tous les auteurs qui ont précédé Devergie, et quelques-uns de ses contemporains, Bazin par exemple [3], nient formellement le caractère contagieux de l'impétigo. Devergie, le premier, a parfaitement reconnu que l'impétigo, et particulièrement celui des enfants, était souvent une *affection contagieuse ;* il rapporte dans son ouvrage [4] plusieurs observations de contagion non douteuse, et d'autres dermatologistes, après lui, ont observé des faits semblables (Tilbury Fox, Kaposi).

Gibert [5] admet les cinq variétés de Bateman ; il insiste particulièrement sur l'*impetigo rodens*, qu'il considère comme un *lupus impétigineux*. Aux cinq variétés de l'auteur anglais il ajoute l'*impetigo larvalis* (impetigo du visage ou *teigne muqueuse*, *porrigo larvalis* de Willan) et l'impétigo chronique du cuir chevelu des enfants (galons, teigne granulée d'Alibert), qu'il considère comme une forme de l'impétigo sparsa et auquel il donne le nom d'*impétigo granulé*. Gibert distingue un *impétigo constitutionnel*, manifestation du lymphatisme et de la scrofule, et un *impétigo accidentel*, provoqué par des causes irritantes, locales et directes.

Bazin décrit très exactement l'impétigo, avec ses caractères génériques, son évolution et ses variétés de forme et d'aspect ; il le distingue de l'eczéma. Après avoir critiqué les classifications des autres dermatologistes, il propose un classement de l'impétigo conforme à

1. Voyez Bazin, *Affect. génér. de la peau*, 2 vol., 1865, p. 178.
2. Voy. Devergie, ouvrage cité, p. 344.
Voy. également un mémoire du même auteur dans le *Bulletin de thérapeutique* du 30 nov. 1871 (Du cancroïde, du noli me tangere, de l'impetigo rodens ulcéreux et de l'impetigo rodens non ulcéreux).
3. Voy. Bazin, *loc. sup. cit.*, p. 178.
4. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 339.
5. Voy. Gibert, *loc. cit.*, p. 300 et suivantes

sa doctrine, et admet des impétigos de *cause externe* et des impétigos de *cause interne*.

L'impétigo de cause externe comprend : 1° l'*impétigo artificiel*, provoqué par la malpropreté et par les agents irritants de toutes sortes; 2° l'*impétigo parasitaire*, symptomatique de la phthiriase et de la gale, ou survenant comme complications des teignes.

L'impétigo de cause interne peut être sous la dépendance de la *dartre*, de la *scrofule* et de la *syphilis*. Bazin réserve le nom de *mélitagre* à l'impétigo dartreux [1]. Il distingue deux formes d'impétigo scrofuleux, l'impétigo scrofuleux bénin ou *scrofulide bénigne exsudative*, et l'impétigo scrofuleux malin ou *rodens*.

Pour *Hardy* [2], l'impétigo n'est qu'une variété d'eczéma (eczéma impétigo). Cet auteur désigne l'impétigo figurata et l'impétigo sparsa sous les noms d'*eczema figuratum* et d'*eczema diffusum* [3]. Il pense qu'il n'y a, entre l'impétigo et l'eczéma, qu'une différence dans le degré de l'inflammation; celle-ci, plus intense dans l'impétigo, détermine des pustules au lieu de vésicules [4].

Guibout [5] divise l'impétigo en *idiopathique* et *symptomatique*.

L'impétigo idiopathique est une affection aiguë ; il est tantôt *artificiel*, tantôt *saisonnier ;* tantôt enfin il est sous la dépendance d'un état fébrile spécial, d'une véritable pyrexie ou fièvre essentielle, à laquelle Guibout donne le nom de *fièvre impétigineuse*.

L'impétigo symptomatique est celui qui est dû à l'action irritante des *parasites* animaux ou végétaux.

Guibout rejette à peu près complètement l'impétigo constitutionnel ou diathésique. Il n'admet même pas l'influence de la scrofule sur le développement de cette affection.

Hébra et ses élèves, *Kaposi*, *Neumann*, etc., ne reconnaissent pas l'impétigo comme une affection cutanée indépendante [6]. Pour Hébra et pour toute l'école de Vienne, le terme impétigo est seulement synonyme de « plusieurs pustules psydraciées isolées ou agglomérées [7] ».

1. Voy. Bazin, *Affect. génér. de la peau*, 2e vol., 1865, p. 151 et suivantes, 159, 171, 185 et suivantes.
2. Voy. Hardy, *Leçons sur les mal. de la peau, dartres, scrofulides, syphilides*, 1858, p. 47.
3. Voy. Hardy, *loc. cit.*, p. 50.
4. Voy. Hardy, *Leçons sur les maladies dartreuses*, 5e édit., p. 82-84.
5. Voy. Guibout, *loc. cit.*, t. I, p. 133 et suivantes.
6. Voy. ci-dessus, *Historique de l'ecthyma*, pag. 503.
7. Voy. Hebra, *loc. cit.*, trad. Doyon, t. I, p. 797.

L'impétigo résulte de la transformation purulente rapide de la sérosité contenue dans les vésicules eczémateuses [1].

Kaposi décrit cependant l'*impétigo contagieux de la face*, qu'il appelle impétigo parasitaire, comme une forme particulière d'eczéma [2].

L'annotateur de Kaposi, *Ernest Besnier*, pense au contraire, conformément à l'opinion de tous les dermatologistes français, que l'impétigo de la face possède une individualité clinique qui ne permet pas de lui refuser une place particulière parmi les maladies de la peau [3].

Duhring considère l'impétigo comme une affection absolument indépendante de l'eczéma [4]. Sa description est d'ailleurs très incomplète et souvent inexate. Pour Duhring, les pustules de l'impétigo sont volumineuses, saillantes, discrètes et n'ont aucune tendance à se réunir [5] ; or ce sont là des caractères tout à fait différents de ceux des pustules psydraciées du véritable impétigo. L'auteur américain rattache à l'impétigo l'affection complexe et encore mal connue, décrite par Hébra sous le nom d'*impétigo herpétiforme* [6], et que nous avons mentionnée, à la suite de l'herpès, sous la dénomination d'*herpes gestationis* [7].

Duhring décrit à part l'*impetigo contagiosa*, qui, d'après lui, serait une affection essentiellement distincte de l'impétigo ordinaire. Nous avons déjà dit que le caractère contagieux de l'impétigo avait été reconnu pour la première fois par Devergie ; mais, comme on ne sait pas dans quelles conditions l'impétigo est ou n'est pas contagieux, l'*impetigo contagiosa* admis par Duhring et par d'autres auteurs, à l'exemple de Tilbury Fox, ne peut être considéré comme une maladie spéciale.

Erasmus Wilson n'admet que deux variétés d'impétigo, l'*impetigo figurata* et l'*impetigo sparsa*. Il rattache à l'eczéma l'impétigo erysipelatodes et l'impetigo scabida de Willan, et regarde l'impétigo rodens comme une ulcération syphilitique. L'impétigo capitis n'est, pour lui, qu'une forme de l'eczéma capitis [8].

1. Voy. Hébra, trad. Doyon, t. I, p. 499.
2. Voy. Kaposi, trad. Besnier et Doyon, *loc. cit.*, t. I, p. 560.
3. Voy. Notes à la traduction française de Kaposi, par E. Besnier et Doyon, t. II, p. 47 ; t. I, p. 561 et 562.
4. Voy. Duhring, *loc. cit.*, trad. Barthélemy et Colson, p. 331.
5. Voy. Duhring, *loc. cit.*, p. 332.
6. Voy. Duhring, *loc. cit.*, p. 333.
7. Voy. ci-dessus, pag. 438.
8. Voy. Erasmus Wilson, *The student's Book of cutaneous medicine*, London, 1864, t. I, p. 115.

Dans son *Traité de l'eczéma et des affections eczémateuses*, Wilson mentionne, à la suite de l'impétigo figurata et de l'impétigo sparsa, l'*impetigo contagiosa* de T. Fox [1].

Tilbury Fox fait rentrer la description de l'impétigo ordinaire dans l'histoire générale de l'eczéma (*catarrhal inflammation, or ekzema*), sous le nom d'eczéma pustuleux (*pustular eczema*) [2]; il mentionne seulement les variétés admises par Bateman : sparsa, figurata, scabida, erysipelatodes.

Il décrit longuement dans un chapitre séparé (*suppurative inflammation, or pustular diseases*) l'*impetigo contagiosa* (*contagious impetigo*), qu'il considère comme une affection spéciale [3]. C'est la description de T. Fox qui a servi de guide à tous les auteurs qui ont admis, après lui, l'impétigo contagieux.

Neligan et Belcher distribuent en deux groupes, *figurata* et *sparsa*, les diverses formes d'impétigo, d'après le mode de développement de l'éruption ; ils consacrent une description particulière à l'impétigo capitis [4]. L'impétigo figurata comprend la variété *erysipelatodes* de Willan et Bateman ; à l'impétigo sparsa se rattache la forme *scabida*. L'impétigo rodens est une forme de lupus.

Définition.

L'impétigo est une dermatose inflammatoire pustuleuse, dans laquelle les pustules, dites *psydraciées*, sont petites, superficielles et dépourvues d'auréole inflammatoire ; ces pustules, agglomérées ou discrètes, de courte durée, se rompent en donnant issue à une humeur séro-purulente, *melliforme*, et se transforment rapidement en croûtes jaunes, verdâtres ou brunâtres, plus ou moins épaisses et rugueuses, dont la chute n'est jamais suivie de cicatrices.

On voit, d'après cette définition, qu'il est impossible de conserver dans le cadre de l'impétigo les deux formes décrites par Bateman et admises par d'autres auteurs, sous les noms d'*impetigo erysipelatodes* et d'*impetigo rodens*.

1. Voy. E. Wilson, *Lectures on eczema and eczematous affections*, London, 1870, p. 231.
2. Voy. T. Fox, *Skin diseases*, London, 1873, pag. 165 et 223.
3. Voy. T. Fox, *loc. cit.*, p. 224 et suiv.
4. Voy. Neligan et Belcher, *Practical treatise on diseases of the skin*, Dublin, 1866, p. 186 et suivantes.

L'impétigo erysipelatodes de Bateman n'est vraisemblablement qu'un érysipèle vésiculeux [1], dans lequel les vésicules se sont transformées en pustules, par la violence de l'inflammation cutanée, à moins que cette dénomination n'ait été appliquée, comme le croit Bazin [2], à certains cas d'eczema rubrum.

L'impétigo rodens semble être une affection spéciale, de nature scrofuleuse, une *scrofulide ulcéro-crustacée* [3], distincte de l'impétigo ordinaire, du lupus et du cancroïde, avec lesquels certains auteurs l'ont tour à tour confondu [4]. Il est probable aussi qu'on a souvent décrit sous ce nom des ulcérations syphilitiques [5].

Description.

L'impétigo est quelquefois précédé pendant un jour ou deux, particulièrement chez les enfants, de malaise général et d'embarras gastrique; mais, le plus souvent, il se montre sans aucun symptôme précurseur.

L'éruption est ordinairement annoncée par une légère rougeur et par une sensation de prurit sur les parties qui doivent être atteintes. Bientôt, et parfois d'emblée, l'épiderme se soulève sous forme de petites pustules arrondies, isolées ou agglomérées sur une surface plus ou moins étendue. Les pustules de l'impétigo sont toujours de petit volume; elles ne sont pas entourées d'un cercle érythémateux; leur base n'est ni rouge, ni indurée, ni tuméfiée; l'humeur qui les distend est opaque et purulente.

Ces pustules n'ont qu'une durée très courte; au bout de deux ou trois jours, souvent plus tôt, elles se rompent et laissent écouler le liquide jaunâtre qu'elles renferment et qui se dessèche promptement au contact de l'air. Les croûtes, qui résultent de la concrétion de ce liquide, prennent des aspects variés : tantôt elles sont molles, friables, d'une couleur jaune ambrée, semblables à du miel (*melitagra flavescens* d'Alibert), à de la marmelade d'abricots (Bazin) ou à de la gomme arabique; tantôt elles présentent une nuance verdâtre qui

1. Voy. ci-dessus, p. 321.
2. Voy. Bazin, *Affect. génér. de la peau, etc., loc. cit.*, p. 175.
3. *Scrofulide maligne crustacée ulcéreuse* de Bazin.
4. Voy. le mémoire déjà cité de Devergie, in *Bulletin de thérapeutique* du 30 nov. 1871.
5. Voy. Tilbury Fox, *loc. cit.*, p. 223, note.

LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

rappelle la couleur de certaines mousses (*melitagra musciformis* d'Alibert); tantôt enfin elles sont noirâtres, quand l'humeur qui les constitue est mêlée de sang, provenant des excoriations déterminées par le grattage (*impetigo nigricans* d'Alibert); cet accident n'est pas rare chez les enfants. Ces croûtes sont plus ou moins épaisses; parfois elles s'allongent comme des stalactites et ressemblent, suivant la comparaison d'Alibert, à des concrétions lapidifiques [1] (*melitagra procumbens, dartre crustacée stalactiforme*). L'exsudation continue d'ailleurs, pendant quelque temps encore, au-dessous des croûtes primitives, et augmente graduellement leur épaisseur, en ajoutant de nouvelles couches à leur face profonde.

Au-dessous des croûtes, que celles-ci soient tombées spontanément ou qu'elles aient été détachées à l'aide d'applications émollientes, la peau est rouge, luisante, exulcérée. Un suintement plus ou moins abondant s'établit sur cette surface dénudée et donne naissance successivement à de nouvelles croûtes, qui deviennent de plus en plus minces et de plus en plus sèches. Enfin les dernières croûtes tombent et ne sont pas remplacées; l'épiderme se régénère, et l'on ne voit plus, comme trace de l'éruption, que des taches rouges, qui disparaissent elles-mêmes assez rapidement, sans laisser de cicatrices.

Telle est la marche de l'*impétigo aigu*, dans lequel la durée de l'exsudation croûteuse varie de quinze jours à un mois. Cette forme aiguë peut être accompagnée de fièvre, d'anorexie et d'embarras gastrique; la région malade est quelquefois le siège d'une chaleur pénible et de démangeaisons assez vives.

Lorsque l'impétigo passe à l'*état chronique*, le suintement séropurulent persiste avec la même abondance, pendant un temps indéterminé, souvent pendant plusieurs mois, rarement pendant des années entières. Les croûtes, qui se renouvellent incessamment, deviennent plus épaisses, plus dures et plus adhérentes; elles sont rugueuses comme l'écorce de certains arbres (*impetigo scabida*). Parfois même, la peau sous-jacente se tuméfie, s'indure et s'épaissit.

Dans d'autres cas, l'affection n'est pas continue; elle est seulement *chronique par sa durée* [2]. Elle est constituée par des éruptions successives, qui présentent individuellement tous les caractères de l'impétigo

1. Voy. Alibert, *Monographie des dermatoses*, p. 405.
2. Voy. Cazenave et Schedel, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, 1838, p. 229.

aigu. Cette forme est plutôt un impétigo récidivant qu'un impétigo chronique.

L'impétigo chronique se termine, après une durée plus ou moins longue, de la même façon que l'impétigo aigu. L'exsudation diminue peu à peu et finit par cesser complètement; les croûtes, de plus en plus minces, se dessèchent et ressemblent bientôt à des squames; la peau reprend sa souplesse et devient le siège d'une exfoliation furfuracée; la rougeur s'efface plus ou moins lentement, et l'épiderme revient à l'état normal.

Variétés.

Les nombreuses variétés d'impétigo, décrites par les auteurs, n'ont qu'une importance secondaire; elles ont été établies d'après la disposition des pustules, la configuration des croûtes et le siège de l'éruption. On peut reconnaître deux variétés principales, autour desquelles les autres viennent se grouper : l'*impetigo figurata* et l'*impetigo sparsa*.

I. **Impetigo figurata.** — Les auteurs donnent ce nom à une éruption impétigineuse, dans laquelle les pustules sont agglomérées et recouvrent une surface d'étendue variable, mais toujours assez exactement circonscrite, le plus souvent circulaire ou ovale. Les plaques croûteuses, qui constituent cette variété d'impétigo, siègent particulièrement à la face, quelquefois sur les membres; elles sont exceptionnelles sur le tronc.

Sur les membres inférieurs, ces plaques sont très larges et irrégulièrement ovales; sur les membres supérieurs, elles sont de moindre dimension et ordinairement arrondies [1].

L'impétigo figurata du visage occupe avec prédilection les joues, mais il peut envahir presque toute la face. Il est parfois limité à des surfaces très restreintes, à la lèvre supérieure, au pavillon de l'oreille, aux paupières et même aux régions sourcilières [2]. De la lèvre supérieure il se propage souvent aux cavités nasales, et du pavillon de l'oreille au conduit auditif externe. Quand il siège sur les paupières, il s'étend au bord ciliaire et se complique de conjonctivite.

L'impétigo figurata de la face gagne quelquefois le cuir chevelu.

1. Voy. *Compendium de médecine* de Monneret et Fleury, t. IV, p. 153.
2. Voy. *Compendium, loc. cit.*, p. 154.

Dans d'autres cas, l'éruption se développe primitivement sur cette région, principalement chez les enfants à la mamelle ; c'est elle qui constitue la *gourme*, les *galons* ou les *croûtes laiteuses* (tinea benigna).

A l'impétigo figurata se rattache l'impétigo général de la face, connu sous le nom d'**impetigo larvalis**[1] (Cazenave et Schedel)[2]. Dans cette forme, les groupes pustuleux se montrent d'abord sur le front et sur les joues et, peu à peu, envahissent toutes les parties de la face, excepté les paupières et le nez, qui restent souvent indemnes. Cependant il n'est pas rare d'observer, en même temps, un écoulement nasal abondant et une ophthalmie rebelle.

Lorsque l'éruption est complètement développée, la face est recouverte d'une sorte de *masque croûteux*, dont l'épaisseur est augmentée, de jour en jour, par la persistance du suintement séro-purulent fourni par les surfaces enflammées. Cette affection est accompagnée de douleurs vives et d'un violent prurit ; la face est tuméfiée ; les mouvements des lèvres sont gênés et douloureux. Les démangeaisons portent les malades, particulièrement les enfants, à se gratter et à arracher les croûtes avec leurs ongles ; le sang qui s'écoule des parties excoriées se mêle à l'humeur purulente des pustules, et les croûtes deviennent noirâtres.

L'impétigo larvalis exhale une odeur fade, souvent fétide. Il détermine une fièvre plus ou moins forte ; et, parfois, l'inflammation cutanée retentit sur les ganglions lymphatiques du cou, qui se tuméfient et peuvent même suppurer.

Cette variété d'impétigo de la face est assez fréquemment contagieuse, notamment chez les enfants ; c'est elle qui a été décrite par certains auteurs sous le nom d'*impetigo contagiosa*.

II. **Impetigo sparsa.** — Dans cette forme, les pustules sont éparses, disséminées sur une ou plusieurs régions du corps.

L'impétigo sparsa passe facilement à l'état chronique, tandis que l'impétigo figurata est ordinairement aigu.

L'impétigo sparsa peut se développer sur les membres, sur la face et sur le cuir chevelu, plus rarement sur le tronc.

Lorsque l'éruption siège sur les membres inférieurs, elle attaque de préférence la partie inférieure de la jambe et le cou-de-pied. C'est toujours une maladie longue, accompagnée d'un suintement abondant

1. De *larva* (masque).
2. *Porrigo larvalis* de Willan ; *tinea faciei* de Franck.

et de démangeaisons très vives. Quelquefois, lorsque les premières croûtes commencent à se dessécher, d'autres pustules apparaissent, une nouvelle éruption se déclare, dont le développement prolonge encore la durée de la maladie.

D'après Cazenave et Schedel [1], Rayer [2], etc., l'impétigo des extrémités peut attaquer les ongles et déterminer un véritable *onyxis impétigineux*. Mais cette complication appartient plutôt, croyons-nous, à l'eczéma impétigineux qu'à l'impétigo vrai.

Dans quelques cas, particulièrement aux membres inférieurs, chez les vieillards et les individus cachectiques, les croûtes de l'impétigo deviennent épaisses, rugueuses, adhérentes, d'un brun jaunâtre foncé, semblables à l'écorce de certains arbres, et constituent l'*impetigo scabida* (Willan). Ces croûtes sont plus ou moins larges et recouvrent parfois des ulcérations assez étendues. C'est cette forme qui a été décrite par Devergie sous le nom d'*impétigo rupiforme* [3].

Sur le cuir chevelu, l'impétigo sparsa présente des caractères particuliers. Les pustules, de petite dimension, sont irrégulièrement disséminées, tantôt sur la partie supérieure de la tête seulement, tantôt sur tout le cuir chevelu ; elles sont accompagnées de vives démangeaisons. Ces pustules siègent à la base des cheveux, qui les traversent et se rompent au bout de deux à quatre jours (Cazenave et Schedel) ; l'humeur qui s'en écoule se concrète en croûtes jaunes, grisâtres ou brunâtres, qui, en se desséchant, agglutinent les cheveux. Les croûtes se désagrègent en partie, se fragmentent et forment des granulations arrondies, irrégulières, qui se répandent sur les cheveux, auxquels elles adhèrent, comme des grains de sable ou de mortier. Telles sont les particularités qui ont fait donner à cette variété d'impétigo les noms de teigne granulée ou *porrigine granulée* (Alibert) [4] et d'*impetigo granulata* (Cazenave et Schedel) [5].

La durée de l'éruption varie de plusieurs semaines à plusieurs mois, suivant que celle-ci est convenablement soignée ou qu'on l'abandonne à elle-même. Quand l'affection est négligée et se prolonge pendant quelque temps, les mèches de cheveux, collées par les croûtes, peuvent se détacher avec elles et donner lieu à une alopécie transitoire ;

1. Voy. Cazenave et Schedel, *loc. cit.*, p. 232.
2. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 673.
3. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 320 et 357.
4. Voy. Alibert, *Monographie des dermatoses*, p. 295.
5. Voy. Cazenave et Schedel, *loc. cit.*, p. 246.

mais, comme les bulbes pileux sont seulement enflammés et non détruits, les cheveux repoussent toujours sur les plaques momentanément dénudées [1].

Il n'est pas rare, non plus, quand le suintement est abondant, de voir des *poux* se développer et pulluler dans ces incrustations épaisses, qui recouvrent parfois toute la tête et qui répandent l'odeur la plus infecte. Cette complication, toutefois, n'est observée que chez les individus qui vivent dans la misère et la malpropreté.

Lorsque l'inflammation est très intense, elle peut s'étendre de la peau au tissu cellulaire sous-cutané, et donner naissance à de petits abcès circonscrits, qu'il est nécessaire d'inciser.

Etiologie.

L'impétigo est essentiellement une manifestation du *lymphatisme* et de la *scrofule*.

C'est surtout une affection de l'enfance et de l'adolescence; sur 241 malades atteints d'impétigo, Devergie en a trouvé 101 qui avaient moins de 25 ans [2].

L'impétigo du cuir chevelu appartient presque exclusivement au premier âge ; celui de la face est plus fréquent chez les jeunes gens. L'impétigo sparsa, et particulièrement celui des extrémités inférieures, est le seul qui se montre chez les personnes âgées.

Les femmes semblent être plus souvent atteintes que les hommes : l'établissement des règles et l'âge critique sont des conditions prédisposantes, dont l'importance a été notée par la plupart des observateurs.

L'influence de la dentition, chez les jeunes enfants, est aussi très manifeste.

L'éruption peut se montrer dans toutes les saisons, mais elle est plus fréquente au printemps et à l'automne.

Parmi les causes déterminantes de l'impétigo, tous les auteurs mentionnent les excès de table, ou, au contraire, l'insuffisance et la mauvaise qualité de la nourriture, les émotions morales vives, etc. Ce

1. Exceptionnellement, on a pu voir, à la suite de certains cas d'impétigo chronique invétéré, l'atrophie des bulbes pileux laisser quelques plaques d'alopécie définitive.

2. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 337.

sont là des causes banales, qu'on a invoquées dans l'étiologie de la plupart des affections cutanées.

L'impétigo est quelquefois la conséquence de l'irritation produite à la surface de la peau par les *agents extérieurs*. L'éruption peut apparaître sur la figure d'individus qui sont restés longtemps exposés au feu ou aux rayons d'un soleil ardent. Il existe aussi un *impétigo professionnel* qui occupe les mains et les parties découvertes des ouvriers obligés de manier des substances irritantes (les maçons, les épiciers, les peintres, les raffineurs, etc.). La malpropreté seule, chez les individus prédisposés, suffit pour donner naissance à des pustules impétigineuses.

Enfin l'impétigo est une complication fréquente des affections parasitaires et même des affections cutanées prurigineuses non parasitaires. On l'observe dans le favus, dans la gale, dans la phthiriase. Il peut être provoqué par le grattage, dans le cours du lichen et du prurigo.

L'impétigo est une affection contagieuse ; ce fait a été démontré cliniquement par Devergie, qui déclarait, d'une façon péremptoire, « que l'impétigo est contagieux par contact de bouche à bouche, d'enfant à enfant, ou d'enfant à adulte [1]. » Cependant l'affirmation de Devergie ne fut pas facilement acceptée ; elle était contredite par Bazin [2] ; et beaucoup de dermatologistes restaient dans le doute, lorsque Tilbury Fox vint prouver expérimentalement qu'il est une forme d'impétigo non seulement contagieuse, mais *inoculable* [3].

L'*impetigo contagiosa*, que T. Fox distingue de l'impétigo vulgaire des sujets lymphatiques ou scrofuleux, a pu être inoculé par l'auteur anglais, plusieurs fois, avec succès, à des individus sains. En France, Émile Vidal a fait, avec le liquide pris dans des pustules de toutes les variétés d'impétigo, de nombreuses auto-inoculations qui ont réussi dans plus de la moitié des cas.

Ainsi que le remarque très justement E. Vidal, le caractère contagieux et inoculable de l'impétigo est un argument irréfutable pour distinguer cette affection de l'eczéma ; et, bien que les deux lésions se rencontrent fréquemment sur les mêmes sujets et dans les mêmes

1. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 339.
2. Voy. Bazin, *Affect. génér. de la peau*, 2 vol., 1865, p. 178.
3. Voy. T. Fox, *Skin diseases*, third edition, London, 1873, p. 224. — E. Vidal, *Congrès médical international de Genève*, 15 sept. 1877, tirage à part, p. 11.

régions, elles constituent l'une et l'autre, suivant la nomenclature de Bazin, des *affections génériques* indépendantes [1].

Diagnostic.

Le diagnostic de l'impétigo et de l'*eczéma* a été fait précédemment [2]. L'impétigo se combine souvent avec l'eczéma et continue alors l'affection mixte connue, depuis Willan, Biett, Rayer, Devergie, etc., sous le nom d'*eczéma impétigineux*, affection que nous avons décrite comme une *forme composée de l'eczéma* [3].

Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic de l'impétigo et du *pemphigus* [4].

Les vésicules de l'*herpès* ne peuvent être confondues avec les pustules impétigineuses, mais les croûtes de l'herpès ressemblent quelquefois à celles de l'impétigo, particulièrement chez les jeunes sujets scrofuleux. Cependant l'éruption de l'herpès est toujours bien limitée et n'occupe qu'une petite surface; elle n'est pas accompagnée de suintements; ses croûtes se dessèchent, tombent rapidement et ne se reproduisent pas.

Le diagnostic de l'impétigo et de l'*ecthyma* [5] repose sur les différences qui distinguent les pustules psydraciées des pustules phlyzaciées. Les pustules de l'ecthyma sont isolées et distinctes; elles sont volumineuses, profondément enchâssées dans le derme, rouges et dures à leur base. Les croûtes de l'ecthyma sont brunes, épaisses, dures et adhérentes.

Il est impossible de confondre l'*acné pustuleuse* avec l'impétigo, car les pustules de l'acné sont toujours distinctes les unes des autres et reposent sur une base dure et enflammée.

La *mentagre* siège à la face, comme l'impétigo; mais elle occupe seulement les régions pilaires; ses pustules sont plus saillantes et plus volumineuses que celles de l'impétigo; elles sont mêlées à des indurations tuberculeuses profondes, et chacune d'elles est traversée par un poil.

1. Voy. E. Vidal, *loc. sup. cit.*, p. 12 et 13.
2. Voy. ci-dessus, p. 347-348. — Voy. également la *Séméiologie générale des pustules*, p. 94-97.
3. Voy. ci-dessus, p. 372.
4. Voy. ci-dessus, p. 475.
5. Voy. ci-dessus, p. 512.

La *variole* discrète, à la période croûteuse, peut simuler l'impétigo sparsa; mais il suffit de se renseigner sur l'aspect antérieur de l'éruption et sur la marche de la maladie pour éviter l'erreur.

Plusieurs formes de *syphilides pustuleuses*, décrites à tort, par Bazin, sous la dénomination commune d'impétigo syphilitique, peuvent être confondues avec l'impétigo vrai.

La *syphilide pustuleuse miliaire* (Bazin), qui est une éruption de la période secondaire, caractérisée par des groupes pustuleux disséminés sur diverses régions du corps, ressemble beaucoup à l'impétigo. Mais, en dehors des symptômes généraux de la syphilis constitutionnelle, l'éruption spécifique présente des caractères différentiels importants : le suintement est presque nul, les croûtes sont sèches, et, quand elles se détachent, elles laissent, sur les points qu'elles occupaient, des taches cuivrées, arrondies, creusées à leur centre d'une légère dépression cicatricielle [1].

La *syphilide pustulo-crustacée circonscrite* (Bazin), qui appartient à la période de transition de la syphilis (intermédiaire entre les accidents secondaires et les accidents tertiaires), siège surtout à la face et sur le cuir chevelu, comme l'impétigo. A la face, elle occupe avec prédilection la ligne d'implantation des cheveux, les sourcils, les ailes du nez et les commissures labiales; les pustules qui la constituent sont régulièrement groupées et affectent une disposition assez exactement circulaire. Les croûtes qui succèdent aux pustules sont brunâtres ou verdâtres, entourées d'une auréole cuivrée; elles laissent à leur suite des taches pigmentées, déprimées à leur centre, dont l'aspect et la coloration tout à fait caractéristiques ne permettent aucun doute sur la nature spécifique de l'éruption.

La syphilide pustulo-crustacée ulcéreuse (impétigo syphilitique malin [Bazin]) ne peut être confondue qu'avec l'impétigo rodens, que nous avons exclu du cadre de l'impétigo véritable [2].

Le *favus* est généralement facile à distinguer de l'impétigo. Les croûtes faviques sont sèches, pulvérulentes, adhérentes, d'une coloration jaune soufrée, d'une odeur spéciale. Dans le favus urcéolaire, elles sont disposées en godets, et chaque godet est traversé par un poil; dans le favus scutiforme (porrigo scutulata) et le favus squarreux, qui ne se rencontrent jamais qu'au cuir chevelu, les masses croûteuses

1. Voy. *Affect. génér. de la peau*, 2e vol., 1865, p. 205, 206.
2. Voy. ci-dessus, p. 522-523.

sont épaisses, ternes, irrégulières et bosselées, ressemblant, suivant la comparaison de Bazin, aux cartes de géographie en relief[1]. Enfin l'altération et la chute des poils, et la constatation du parasite par l'examen microscopique, compléteront le diagnostic dans les cas douteux.

Anatomie pathologique.

La lésion histologique fondamentale de l'impétigo diffère peu de celle de l'eczéma; la pustule psydraciée débute, comme la vésicule, par une congestion localisée du corps papillaire, qui a pour conséquence l'extravasation séreuse, et par la dégénérescence des cellules du corps muqueux. Mais ce qui distingue la pustule de la vésicule, c'est la production extrêmement rapide de leucocytes dans son intérieur. La transformation purulente presque immédiate du contenu de la pustule est le caractère dominant de l'impétigo. La congestion du derme est limitée à la circonférence de la pustule et ne s'étend pas au delà; c'est pourquoi cette pustule n'est pas entourée d'une auréole inflammatoire et « s'élève d'une façon abrupte au-dessus de la peau saine, à la manière des bulles du pemphigus[2]. » De plus, dans l'impétigo, l'exsudation l'emporte toujours de beaucoup sur les phénomènes congestifs et inflammatoires.

Si l'on examine au microscope le contenu d'une pustule d'impétigo, on y trouve une quantité considérable de leucocytes morts, nucléés, pleins de granulations et en voie de dégénérescence, des débris épithéliaux, quelques cellules à peu près intactes et un petit nombre d'hématies.

Dans certains cas d'impétigo contagieux, *Kaposi*, *Geber* et *Lang* ont découvert, sous la paroi de la pustule, un champignon qu'ils considèrent comme le parasite de cette forme d'impétigo[3].

Pronostic et traitement.

L'impétigo n'est jamais une dermatose grave; mais c'est quelquefois une affection longue et difficile à guérir. Le pronostic varie d'ailleurs beaucoup suivant les conditions dans lesquelles l'éruption se manifeste.

1. Voy. Bazin, *Leçons sur les affect. cutanées parasitaires*, 1858, p. 109.
2. Voy. Duhring, trad. Barthél. et Colson, *loc. cit.*, p. 332.
3. Voy. Kaposi, trad. Besnier et Doyon, *loc. cit.*, t. I, p. 561.

L'impétigo aigu, peu étendu, chez les jeunes sujets robustes, guérit habituellement en trois ou quatre semaines. L'impétigo chronique, chez les scrofuleux et chez les individus débiles, peut durer pendant des mois entiers et même pendant plusieurs années [1]. L'éruption est toujours plus tenace quand elle siège aux membres inférieurs.

Cette affection a parfois une grande tendance à récidiver; on voit des malades chez lesquels elle se reproduit chaque année au printemps ou à l'automne.

Est-il dangereux, dans certains cas, comme l'enseignait Rayer [2], comme l'ont soutenu d'autres médecins, comme le vulgaire le croit encore aujourd'hui, de chercher à guérir l'impétigo? y a-t-il lieu de craindre que la disparition d'une manifestation cutanée inoffensive soit suivie d'accidents viscéraux graves? La question me semble aujourd'hui parfaitement résolue; l'impétigo n'est pas une dermatose diathésique de la même nature que l'eczéma; et comme c'est toujours une affection incommode, malgré sa bénignité, il y a avantage à la faire disparaître [3].

Cependant il ne faut pas, par des moyens violents, s'opposer aux éruptions impétigineuses aiguës qui se manifestent chez les enfants, pendant le travail de la dentition. Tant que l'éruption est dans sa période d'acuité, il est bon, suivant le conseil de Trousseau, de se borner à modérer l'intensité de l'inflammation cutanée par un traitement émollient; mais, si la maladie prend de l'extension et menace de devenir chronique, il est du devoir du médecin d'en arrêter immédiatement les progrès [4].

Traitement local. — Au début, lorsque les phénomènes inflammatoires sont très intenses, l'emploi des topiques émollients est seul indiqué. On prescrira des lotions fréquentes avec la décoction de racine de guimauve ou de graine de lin ou avec de l'eau amidonnée; on fera

1. Voy. *Compendium de médecine* de Monneret et Fleury, t. V, p. 156.
Voy. Bazin, *Affect. génér. de la peau, loc. sup. cit.*, p. 166.
2. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. I, p. 679.
3. On lira avec fruit, dans le *Compendium de médecine*, une excellente page sur l'opportunité de la guérison des *gourmes* (voy. *Compendium* de Monneret et Fleury, t. V, p. 159).
4. Voy. Trousseau, *Des feux de dents et des gourmes*, in *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, juillet 1842, n° 7 (cité dans le *Compendium*, *loc. sup. cit.*).

prendre au malade tous les jours ou tous les deux jours un bain d'amidon ou un bain de son. Il est bon, pour modérer le suintement, de saupoudrer les parties affectées avec de la poudre d'amidon. Les cataplasmes d'amidon ou de fécule de pomme de terre seront utiles pour détacher les croûtes.

Lorsque les symptômes d'irritation locale ont perdu leur acuité, il faut recourir aux applications substitutives, qui seules peuvent, en modifiant l'épiderme, hâter la guérison de la maladie. Or le meilleur modificateur des inflammations cutanées est l'huile de cade; c'est donc l'huile de cade qu'il faut employer, suivant le conseil de Bazin[1], de préférence à tout autre topique.

Cette huile sera appliquée sur les surfaces malades au moyen d'un pinceau de blaireau ou de charpie; les onctions doivent être renouvelées tous les deux ou trois jours, et même tous les jours, dans les formes chroniques. Le plus souvent, il n'y a aucun inconvénient à employer l'huile de cade pure; cependant on peut, chez les jeunes enfants, la couper avec l'huile d'amandes douces.

Dans l'impétigo de la barbe ou du cuir chevelu, il est bon de couper les poils ou les cheveux; néanmoins, chez les femmes, qui sacrifient difficilement leur chevelure, on essayera, quand l'éruption est peu étendue, d'appliquer l'huile directement sur la peau, en écartant les cheveux.

Lorsque l'impétigo est produit ou entretenu par des poux, il faut d'abord détruire ces parasites par des onctions avec l'onguent napolitain, ou au moyen de lotions avec une solution faible de sublimé corrosif ou avec l'alcool camphré.

Dès que la sécrétion disparaît, dès que les croûtes sont *séchées* par l'huile de cade, il faut cesser l'application du topique et laisser ces croûtes tomber spontanément, en continuant toutefois les bains d'amidon et les lotions d'eau amidonnée. Si les croûtes tardent à se détacher, particulièrement sur le cuir chevelu, la pommade à l'oxyde de zinc ou au calomel (2 gr. pour 30 gr.) pourra favoriser leur chute.

Traitement général. — Les laxatifs et les purgatifs légers, principalement les eaux purgatives naturelles, sont utiles dans le traitement de l'impétigo, surtout au début. Les tisanes amères sont également indiquées. Mais c'est surtout contre le tempérament lymphatique et contre

1. Voy. Bazin, *Traité de la scrofule*, 2e édit., 1861, p. 202.

la diathèse scrofuleuse qu'il faut diriger la médication. Les préparations iodurées et ferrugineuses sont les plus efficaces [1], et le sirop d'iodure de fer est le meilleur mode d'administration de ces médicaments. On peut aussi employer avantageusement le sirop antiscorbutique et l'huile de foie de morue.

Quant aux eaux sulfureuses, qui ont été préconisées par quelques auteurs, elles sont rarement utiles. C'est seulement dans les impétigos chroniques et anciens qu'on sera autorisé à tenter leur emploi; elles peuvent être très nuisibles dans les formes aiguës.

1. Voy. Bazin, *Traité de la scrofule*, 2e édit., p. 199.

N. B. — Le lecteur trouvera la figure chromolithographiée de l'impétigo dans le tome second de cet ouvrage.

CINQUIÈME ORDRE

DERMATOSES PAPULEUSES

1 GENRE

EN

scabies sicca (gale sèche), F. Pla-
siccus, Swediaur; *papulæ*, Lorry;
dibert; *lichen*, Plenck, Willan et
evergie, Bazin, etc.

ique.

Hippocrate donnait le nom de lichen à une affection cutanée caractérisée par « des aspérités et du prurit » (*summæ cutis vitium cum asperitate et pruritu*) [1]. L'expression λειχήν ou *lichen* se retrouve dans les écrits des médecins grecs et romains, mais avec des acceptions différentes; la plupart des successeurs d'Hippocrate regardent ce terme comme synonyme de l'impétigo des Latins [2]. La même confusion existe dans les ouvrages arabes et dans la littérature médicale du moyen âge; on s'est servi du mot *lichen* pour désigner notre impétigo et d'autres affections pustuleuses [3], vésiculeuses et même squameuses [4].

1. Voy. Hébra, trad. Doyon, *loc. cit.*, t. I, p. 455.
2. Voy. Bateman, *loc. cit.*, trad. Bertrand, p. 31, 32.
3. « *Sunt lichenes asperitatæ quædam cutis, ex quibus materia emanat* » (Galien). Voy. Gibert, *loc. cit.*, t. I, p. 375.
4. Lorry regardait le mot *lichen* comme l'équivalent du terme vulgaire *dartre* farineuse et en avait fait ainsi une affection furfuracée ou squameuse (voy. Gibert, *loc. sup. cit.*, p. 376).

C'est Willan qui, le premier, a précisé le sens de ce mot; sa définition, modifiée et corrigée par *Biett*, a été adoptée par la plupart des auteurs.

Bateman reconnaît sept variétés de lichen : 1° le *lichen simplex*, qui peut être général ou partiel ; 2° le *lichen pilaris*, qui est une simple modification de la variété précédente et dans lequel « les boutons paraissent seulement aux racines des poils » ; 3° le *lichen circumscriptus*, dans lequel les papules sont réunies par groupes de forme irrégulièrement circulaire ; 4° le *lichen agrius*, accompagné d'une inflammation très étendue et de démangeaisons très vives ; 5° le *lichen lividus*, « caractérisé par la couleur d'un rouge foncé ou livide de ses boutons, » et souvent accompagné de pétéchies ; 6° le *lichen tropicus*, « qui est une forme brûlante et douloureuse particulière aux climats tropicaux » ; 7° le *lichen urticatus*, dont l'éruption « consiste dans des boutons irréguliers, enflammés, ressemblant aux piqûres de punaises ou de cousins [1]. »

Alibert décrit très incomplètement le lichen de Willan, sous le nom de *prurigo lichénoïde* ou *furfurant*, qu'il considère comme une espèce du genre *prurigo*, de la famille des dermatoses scabieuses. Il mentionne les variétés établies par Bateman [2].

Rayer adopte la division de Bateman ; il décrit les sept variétés admises par l'auteur anglais, en insistant particulièrement sur le *lichen tropicus*, qui, d'après lui, peut comprendre toutes les autres variétés, développées et entretenues par la température très élevée des régions tropicales. Il admet une forme aiguë et une forme chronique de lichen simplex et pense que le *lichen simplex* peut passer à l'état de *lichen agrius*. Il étudie enfin les particularités de l'éruption sur les principales régions du corps. Le diagnostic de l'affection est très exactement et très complètement traité [3].

Cazenave et *Schedel* reconnaissent deux espèces principales de lichen : le *lichen simplex* et le *lichen agrius*.

Le lichen simplex peut affecter une marche aiguë ou une marche chronique. Il comprend, comme variétés secondaires : 1° le lichen *pilaris ;* 2° le lichen *lividus ;* 3° le lichen *circumscriptus ;* 4° le lichen *gyratus*, décrit par Biett, et dans lequel les papules, disposées en

1. Voy. Bateman, trad. Bertrand, *loc. cit.*, p. 33-41.
2. Voy. Alibert, *Monographie des dermatoses*, p. 701-702.
3. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. II, p. 49-58.

petits groupes, forment une espèce de ruban étendu sur toute la longueur d'un membre; 5° le lichen *urticatus;* 6° le lichen *strophulus* (*intertinctus*, *confertus*, *volaticus*, *albidus* et *candidus*).

Le lichen agrius peut être primitif ou succéder au lichen simplex. Il est caractérisé surtout par la rougeur de l'éruption et par de très vives démangeaisons [1].

Chausit définit le lichen : « une *hyperesthésie de la peau*, caractérisée par un *prurit* plus ou moins intense, *accompagné* de papules très petites, agglomérées, offrant le plus souvent une coloration d'un rouge vif. »

A l'exemple de Cazenave, il divise l'affection en deux espèces principales : 1° le *lichen simplex*, aigu ou chronique, qui comprend les variétés *lividus*, *circumscriptus*, *gyratus*, *urticatus* (qui participe du lichen et de l'urticaire) et *strophulus;* 2° le *lichen agrius*, qui peut être également aigu ou chronique [2].

Gibert admet toutes les variétés de Bateman, mais il considère le strophulus comme une forme de lichen. Le lichen comprend, d'après lui, trois espèces principales : *simplex*, *agrius* et *strophulus;* les lichens pilaris, circumscriptus, lividus et urticatus sont des variétés secondaires du lichen simplex. Gibert indique rapidement le lichen tropicus, forme douloureuse particulière aux climats torrides, mais qu'on peut observer également en France, avec une intensité moindre, « dans les étés chauds et orageux ». Il décrit, de plus, une variété nouvelle, à laquelle il donne le nom de *lichen acarique* et qui « se montre, vers la fin de l'été, chez les citadins qui vont séjourner à la campagne, dans les lieux boisés. » Cette éruption serait produite, d'après Gibert, « par la piqûre de petits *acarus*, qui s'implantent sur la peau de l'homme et y meurent promptement [3]. »

Devergie pense, contrairement à tous les autres dermatologistes, que le lichen peut être contagieux « au moyen d'un contact plus ou moins prolongé ». Mais les faits qu'il rapporte à l'appui de son assertion sont évidemment relatifs à des éruptions papuleuses parasitaires.

D'après Devergie, il existe deux espèces principales de lichen : le *lichen simplex* et le *lichen agrius*. Le lichen simplex se rencontre sous

1. Voy. Cazenave et Schedel, *loc. cit.*, p. 297-301.
2. Voy. Maurice Chausit, *loc. cit.*, p. 366 et suiv.
3. Voy. Gibert, *loc. cit.*, t. I, p. 379-385.

trois dispositions différentes, lichen *diffus*, lichen *circonscrit*, lichen *perpendiculaire* ou *en ruban* (*gyratus* de Biett). Sous chacune de ces formes, l'éruption peut être discrète ou confluente, aiguë ou chronique. Le lichen simplex comprend encore deux autres variétés : le lichen p ilaris et le lichen lividus.

Le lichen agrius peut aussi se présenter sous trois formes différentes : *diffusus*, *circumscriptus* et *gyratus*, comme le lichen simplex. Cette espèce « est constamment liée à un tempérament lymphatique et nerveux ».

Enfin Devergie admet trois formes composées de lichen : le *lichen urticans*, qui constitue simplement une variété d'urticaire; le *lichen eczémateux* ou eczéma lichénoïde [1]; le *lichen herpétiforme*, qui, d'après la description qu'en donne l'auteur, semble être un herpès circiné trichophytique [2].

Bazin, considérant le lichen comme une *affection générique*, admet un lichen de *cause externe* et un lichen de *cause interne*.

Le lichen de cause externe est *artificiel* ou *parasitaire* (acarique et trichophytique).

Le lichen de cause interne constitue une manifestation de la syphilis, de la scrofule, de l'arthritis, de la dartre.

Bazin admet deux formes de *lichen syphilitique :* la syphilide papuleuse lenticulaire et la syphilide papuleuse miliaire.

Le *lichen scrofuleux* débute dès l'enfance, sous forme de *strophulus*, et se convertit, après plusieurs récidives, en véritable lichen ou *scrofulide boutonneuse*.

Le *lichen arthritique* comprend : 1° le *lichen circonscrit*, « caractérisé par des papules nombreuses, groupées les unes à côté des autres, et formant ainsi, par leur réunion, des plaques arrondies de 3 à 4 centimètres de diamètre ; » — 2° le *lichen pilaris* (décrit par Hardy comme un pityriasis pilaris), dont Bazin reconnaît deux variétés : le lichen par *hypertrophie papillaire* (*cutis anserina*) et le lichen par *altération fonctionnelle de la papille*, « caractérisé par des papules petites, déprimées à leur centre, d'une couleur jaunâtre ou brunâtre, et disposées en plaques; » — 3° le *lichen à papules déprimées*, qui devient le *lichen lividus*, quand les papules sont mélangées de taches hémorrhagiques.

1. Voy. ci-dessus, p. 372 et 373 de cet ouvrage.
2. Voy. Devergie, *loc. cit.*, p. 392 à 402.

Le *lichen dartreux* ou *herpétique* est remarquable surtout par la dissémination de l'éruption sur de larges surfaces et par l'intensité du prurit [1].

Hardy considère le lichen comme « une *éruption de nature dartreuse*, se rattachant au genre eczéma, dont elle forme une espèce particulière, reliée toutefois au genre par des caractères si intimes, qu'on ne saurait l'en séparer [2]. »

Il reconnaît quatre variétés principales de lichen : le *lichen simple;* le *lichen circonscrit;* le *lichen agrius;* le *lichen invétéré,* « caractérisé par la persistance et la ténacité des altérations du tégument externe. »

Hardy indique brièvement « quelques autres variétés admises par les auteurs » : le *lichen urticatus*, le *lichen gyratus*, le *lichen tropicus*, le *lichen lividus*, le *lichen pilaris*, le *lichen podicis*, ordinairement décrit sous le nom de *prurigo podicis* [3].

Hébra rejette complètement la division de Willan. Il pense que, sous le nom de lichen, on a décrit des affections bien différentes, que le lichen agrius et le lichen tropicus sont des variétés d'eczéma, que le lichen simplex est une affection aiguë de la peau [4], que le lichen lividus est une variété de purpura (purpura papulosa) [5], et enfin que le lichen pilaris, caractérisé par « la tuméfaction des orifices des follicules pileux », diffère essentiellement, par sa nature, des autres variétés décrites par les auteurs.

« D'après l'observation au lit du malade, » Hébra ne reconnaît que deux espèces de lichen : le *lichen scrofulosorum* et le *lichen ruber*.

Le *lichen des scrofuleux*, sous le rapport de ses caractères extérieurs, répond à notre *lichen circumscriptus* [6] et à certains *lichens pilaires* [7]. Hébra l'a observé surtout chez des malades atteints de tuméfactions glandulaires, de caries, d'inflammations périostiques, de lupus, de tuberculose, etc. ; c'est pourquoi il le croit lié à la diathèse scrofuleuse.

Le *lichen ruber*, espèce créée par Hébra, « est une maladie spéciale

1. Voy. Bazin, *Affect. génér. de la peau*, t. I, 1862, p. 319 à 327.
2. Voy. Hardy, *Leçons sur les affections dartreuses*, 1861, recueillies par Pihan Dufeillay.
3. Voy. Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, recueillies par Moysant, 1858, p. 78-83.
4. Voy. Hébra, *loc. cit.*, trad. Doyon, t. I, p. 455.
5. Voy. Hébra, *loc. cit.*, t. I, p. 872.
6. Voy. Hébra, trad. Doyon, t. I, p. 457 (note).
7. Voy. *Notes* de Besnier à la trad. de Kaposi, t. I, p. 527 (note).

qui, par son aspect, ressemble en quelque sorte au psoriasis, mais qu'il est possible d'en distinguer très exactement par plusieurs caractères différentiels. » Cette affection est constituée par des papules d'un rouge vif, d'abord isolées, puis réunies en plaques circonscrites. C'est en raison de la coloration rouge constante des papules et des plaques que Hébra a donné à cette dermatose le nom de lichen ruber.

Neumann adopte sans restriction la division de Hébra, qui, selon lui, est le premier auteur qui ait donné une signification précise au mot lichen. Il décrit seulement, d'après son maître, le *lichen des scrofuleux* et le *lichen rouge*. Il pense que le lichen planus de Wilson n'est autre chose que le lichen ruber de Hébra [1].

Kaposi décrit aussi le lichen d'après Hébra, et n'admet que les deux formes déterminées par cet auteur : 1° le *lichen des scrofuleux;* 2° le *lichen ruber*, dont il reconnaît deux variétés : le lichen ruber acuminé et le lichen ruber plan [2].

L'annotateur français de Kaposi, *Ernest Besnier*, adhère sous certaines réserves à la réforme accomplie par Hébra; mais, tout en acceptant la division du dermatologiste viennois, il reconnaît que cette division est encore imparfaite et rudimentaire, et que l'école de Vienne range dans l'eczéma papuleux quelques formes d'efflorescences qui sont certainement imputables au lichen [3].

Erasmus Wilson, dans son premier ouvrage [4], admet six variétés principales de lichen : le *l. simplex*, le *l. dispersus vel pruriginosus* (*prurigo mitis* de Willan), le *l. circumscriptus*, le *l. strophulosus* (*strophulus* de Willan), le *l. urticatus* et le *l. tropicus*. Il décrit, comme sous-variétés : le *l. pilaris* et le *l. lividus*, qu'il rattache au lichen simplex, le *l. circinatus* et le *l. gyratus*, qui sont des formes de lichen circonscrit.

Il mentionne les formes de *strophulus* admises par Willan : *intertinctus*, *albidus*, *confertus*, *volaticus* et *candidus*.

Dans son *Traité de l'eczéma et des affections eczémateuses* [5], Wilson conserve les mêmes variétés que dans l'ouvrage précédent : simplex,

1. Voy. Neumann, *loc. cit.*, trad. Darin, p. 274 et suiv.
2. Voy. Kaposi, trad. Besnier et Doyon, t. I, p. 521, 523, 528.
3. Voy. *Notes* à la traduction de Kaposi, par Besnier et Doyon, t. I, p. 522.
4. Voy. E. Wilson, *The student's Book of cutaneous medicine, etc.*, London, 1864, t. I, p. 103.
5. Voy. E. Wilson, *Lectures on eczema and eczematous affections*, London, 1870, p. 221-229.

tropicus, circumscriptus, annulatus seu circinatus (comprenant le gyratus), pruriginosus (répondant au prurigo mitis de Willan), urticatus, strophulosus, lividus et pilaris; mais il décrit, de plus, une espèce nouvelle, le *lichen planus*, qui, d'après lui, n'est autre que le lichen ruber de Hébra [1].

Dans ses *Leçons de dermatologie*, publiées en 1871, le même auteur classe les diverses formes de lichen : 1° d'après le mode de distribution des papules, 2° d'après les symptômes ou signes subjectifs de la maladie, 3° d'après les signes objectifs. Il admet, en conséquence, les variétés suivantes : 1° l. simplex, disseminatus, confertus, circumscriptus, circinatus et gyratus; 2° l. strophulosus, urticatus et pruriginosus; 3° l. planus, pilaris, lividus et l. scrofulosorum de Hébra [2].

Neligan et *Belcher* décrivent trois espèces de lichen : le *l. simplex*, le *l. strophulus* et le *l. agrius*. Ils rattachent au lichen simplex le l. lividus de Willan, le l. pilaris, le l. circumscriptus, le l. gyratus de Biett et le l. urticatus. Ils admettent les variétés de strophulus indiquées par Willan, et ils considèrent le l. tropicus comme une forme de l. agrius. Enfin ils mentionnent seulement les formes décrites par Hébra, le l. scrofulosus et le l. ruber [3].

Tilbury Fox simplifie beaucoup la division du lichen; il n'admet que trois formes : 1° le *lichen simplex*, 2° le *lichen planus* ou *lichen ruber* (Hébra), 3° le *lichen scrofulosorum*. Chacune de ces trois formes est décrite séparément.

Le l. simplex comprend, comme sous-variétés, les lichens circumscriptus (et gyratus de Biett), agrius et pilaris. Le l. urticatus est une forme d'urticaire; le l. lividus est un purpura.

T. Fox consacre une description très complète au lichen planus de Wilson, qui comprend, d'après lui, le l. ruber de Hébra [4].

Duhring décrit séparément : 1° le *lichen ruber*, dont il distingue deux formes, le lichen rouge plan (lichen planus de Wilson) et le lichen rouge acuminé, véritable lichen ruber de Hébra; 2° le *lichen scrofulosorum* ou *lichen strophulus* [5]. Il considère le *lichen simplex* comme un eczéma papuleux [6].

1. Voy. *Journal of cutaneous medicine*, vol. III, p. 54; also, p. 117.
2. Voy. E. Wilson, *Lectures on Dermatology, delivered in the royal College of surgeons of England*, London, 1871, p. 42.
3. Voy. Neligan et Belcher, *loc. cit.*, p. 216-224.
4. Voy. T. Fox, *loc. cit.*, p. 138-183.
5. Voy. Duhring, *loc. cit.*, trad. Barthélemy et Colson, p. 284 et 295.
6. Voy. Duhring, *loc. sup. cit.*, p. 178.

Définition et division.

Le lichen est une dermatose inflammatoire, constituée par des papules plus ou moins rouges, plus ou moins prurigineuses, tantôt disposées en groupes, tantôt éparses sur une région ou sur toute la surface du corps, qui se terminent ordinairement par une légère desquamation furfuracée.

Le caractère essentiel des élevures du lichen, c'est de rester papuleuses, pleines et solides, pendant toute la durée de leur évolution, et de ne pas se transformer en vésicules [1].

Si l'on soumet à la critique toutes les variétés de lichen admises par les auteurs, on voit que plusieurs d'entre elles peuvent être supprimées ou rattachées à d'autres affections de la peau.

C'est ainsi que le *lichen urticatus* de Bateman (l. urticans de Devergie) doit être rattaché à l'urticaire.

Le *lichen tropicus* ne diffère du lichen simple que par la violence de la démangeaison, qui est en rapport avec les conditions climatériques spéciales des pays où cette affection se développe. C'est une éruption produite et entretenue par la température très élevée des régions tropicales.

Le *lichen hypertrophique*, décrit par Hardy, est un eczéma dégénéré devenu papillomateux (Bazin) [2].

Le *lichen lividus*, admis par Bateman et par un certain nombre d'auteurs, comprend des faits dissemblables, dont les uns appartiennent peut-être au lichen ruber planus et dont les autres doivent être rapportés au purpura, sous le nom de purpura papuleux (*purpura papulosa* de Hébra) [3]. Ces derniers cas répondent exactement au lichen lividus de Willan.

Le nombre des formes qui subsistent peut être encore réduit, si l'on tient compte des dénominations multiples données par différents auteurs à la même variété.

C'est ainsi que le *lichen planus* n'est autre chose que le *lichen pilaris*

1. C'est ce qui distingue le lichen simplex de l'eczéma lichénoïde, dans lequel on observe un mélange de vésicules et de papules (voy. ci-dessus, p. 372, 373). Les élevures du lichen ne renferment aucun liquide.
2. Voy., à la fin du volume, la figure 2 de la planche VII (chromolithographie). Voy. ci-dessus, p. 385.
3. Voy. Hébra, trad. Doyon, t. I, p. 872.

par altération fonctionnelle de Bazin [1] et le *lichen à papules déprimées* du même auteur. De même, le *lichen scrofulosorum* de Hébra a été décrit par la plupart des auteurs français et anglais, sous le nom de *lichen circumscriptus* [2].

D'autre part, le *lichen scrofulosorum* est un lichen pilaire et peut être rapproché du *lichen pilaris vulgaire*. La lésion originelle du *lichen ruber* siège également dans les follicules pileux et dans le tissu qui les entoure, de sorte que cette forme elle-même doit, au point de vue anatomique, appartenir au groupe des lichens pilaires.

Le *lichen simplex* et le *lichen agrius* ne sont que deux degrés de la même affection.

On peut donc diviser les lichens en deux groupes :

I. Le **lichen simple** (lichen simplex et lichen agrius);

II. Les *lichens pilaires*, comprenant trois espèces :

1° Le **lichen pilaris vulgaire** (*cutis anserina*, kératose pilaire);

2° Le **lichen circumscriptus** ou *lichen pilaire circonscrit* (*lichen scrofulosorum* de Hébra, lichen pilaire des strumeux de Besnier) [3];

3° Le **lichen ruber :**

Lichen ruber acuminé (Hébra); *lichen ruber plan* (Wilson).

Il est bien entendu, d'ailleurs, que je ne donne pas cette division comme inattaquable et définitive, car je pense, avec Ernest Besnier, que le genre lichen est loin d'être absolument constitué dans toutes ses variétés [4]; mais, dans l'état actuel de la dermatologie, les quatre espèces que j'ai indiquées semblent posséder une indépendance suffisante pour être décrites séparément.

Description des espèces.

I. — Lichen simplex.

Beaucoup d'auteurs aujourd'hui, à l'exemple de Hardy et de Hébra, considèrent cette affection comme une variété d'eczéma, sous le nom d'eczéma papuleux. Comme la vésicule eczémateuse est papuleuse à

1. Voy. Heguy, thèse de Paris, 1880 : *Du lichen planus*, p. 10.
2. Voy. la note de la traduction de Hébra par Doyon, t. I, p. 457.
3. Voy. E. Besnier, *Notes* à la traduction de Kaposi, t. I, p. 527.
4. Voy. *Notes* à la trad. de Kaposi, par Besnier et Doyon, t. I, p. 522.

son début, comme il est une affection, l'eczéma lichénoïde, dans laquelle on trouve à la fois des papules et des vésicules, ces auteurs pensent que le lichen et l'eczéma ne sont que deux modalités différentes d'une seule et même maladie. Mais l'analogie du processus anatomique dans les deux cas n'est pas une raison suffisante pour confondre les deux affections; et il est aussi légitime, à mon avis, de séparer le lichen simplex de l'eczéma que la congestion pulmonaire de la pneumonie. De même qu'il est assez difficile, dans bien des cas, de dire où finit la congestion pulmonaire et où la pneumonie commence, de même, à la vérité, nous avons des formes mixtes qui présentent en même temps les caractères du lichen et ceux de l'eczéma : c'est pour ces éruptions complexes que Devergie a créé les noms d'eczéma lichénoïde ou de lichen eczémateux; mais la complexité de l'éruption n'existe pas toujours, et on peut observer des lichens simples, exclusivement papuleux, indemnes de toute complication eczémateuse et qui nécessitent une description particulière.

Symptômes. — Le lichen simple est caractérisé par des papules ordinairement très petites, véritablement miliaires, souvent acuminées, agglomérées sans ordre sur une surface plus ou moins étendue.

Il peut se développer sur toutes les régions du corps, mais il occupe particulièrement les avant-bras, le dos des mains, le cou, la face, la partie externe et postérieure des jambes. Ordinairement borné à l'une ou à plusieurs de ces régions, il est rarement général d'emblée et ne le devient que par propagation.

Cette éruption est quelquefois aiguë, le plus souvent chronique.

Le *lichen simplex acutus* est seulement précédé d'un peu de cuisson et d'une démangeaison assez vive. Il est exceptionnel de le voir annoncé par des symptômes généraux; on n'observe un léger mouvement fébrile et un peu de malaise que dans les cas où l'éruption est très étendue.

Les papules sont rouges et prurigineuses, accompagnées d'une sensation de chaleur très pénible, surtout pendant la nuit. Au bout de quatre ou cinq jours, elles pâlissent et s'affaissent, et se terminent par desquamation furfuracée, en un septénaire environ.

Dans la forme chronique (*lichen simplex chronicus*), les papules, au lieu de se terminer comme précédemment, persistent pendant un temps indéterminé; de nouvelles éruptions se déclarent à mesure que les premières se dissipent, et la maladie reste stationnaire durant un

temps plus ou moins long, pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années.

Les papules du lichen chronique sont peu enflammées, à peine rouges, et parfois à peu près de la même couleur que la peau qui les entoure; elles provoquent cependant de vives démangeaisons. Elles sont pressées les unes contre les autres et accompagnées d'une légère exfoliation de l'épiderme et d'un épaississement considérable de la peau. Celle-ci est sèche, rugueuse et comme hérissée d'une foule d'aspérités; elle a perdu sa souplesse et son élasticité; ses plis et ses rides naturels sont exagérés.

Lorsque l'affection est guérie, bien que les papules soient affaissées et que l'éruption ne se renouvelle plus, la peau conserve encore quelque temps sa rudesse.

Dans certains cas, les phénomènes inflammatoires acquièrent une grande intensité, le prurit devient extrêmement violent, et le lichen simplex prend le nom de **lichen agrius**.

Les papules sont alors confluentes, d'un rouge vif, et reposent sur un fond érythémateux. Elles déterminent des démangeaisons intolérables, exaspérées encore par la chaleur du lit. Les malades se grattent et s'écorchent la peau avec leurs ongles et même avec des linges rudes ou avec tous les objets qui leur tombent sous la main. Les papules sont bientôt excoriées par le grattage, elles deviennent saignantes, et le liquide qui suinte au sommet de chacune d'elles, à la place de l'épiderme enlevé, se concrète sous forme de petites croûtes jaunâtres ou rougeâtres, molles, squameuses et peu adhérentes.

Le lichen agrius peut succéder au lichen simplex ou se déclarer d'emblée; sa durée varie de plusieurs semaines à plusieurs mois. Quand l'éruption est très ancienne, la peau, sèche et indurée, présente parfois des fissures très douloureuses, surtout aux plis articulaires.

Etiologie. — Le lichen simplex attaque tous les âges; on l'observe surtout en été et au printemps. Dans la généralité des cas, il est sous la dépendance d'une cause interne, dont la nature n'est pas toujours connue. Cependant on le rencontre fréquemment chez des *arthritiques* ou chez des individus d'un *tempérament nerveux*.

Il peut naître aussi sous l'influence des irritations extérieures. Les éruptions lichénoïdes ne sont pas rares chez les ouvriers qui manient

des substances irritantes, chez les épiciers, chez les plâtriers et les maçons, ou chez ceux qui sont exposés au feu, comme les cuisiniers et les forgerons. Ce *lichen artificiel* siège toujours exclusivement sur les parties découvertes, sur les mains, sur les avant-bras, quelquefois à la face.

La variété décrite sous le nom de *lichen tropicus* n'est autre chose qu'un lichen de cause externe, produit par l'ardeur du soleil dans les pays chauds. Cette éruption, connue vulgairement dans les Indes anglaises sous la dénomination de *prickly-heat* (chaleur piquante), a été étudiée particulièrement par *Bontius* [1], par *Cleghorn* [2], par *Jonhson* [3], dont les descriptions sont analysées dans l'ouvrage de Rayer [4]. Elle se manifeste par des papules rouges et rugueuses, accompagnées d'un violent prurit et qui, le plus souvent, couvrent tout le corps de la tête aux pieds [5].

Les *affections parasitaires* déterminent souvent des papules lichénoïdes, qui diffèrent du lichen véritable, d'abord par leur cause, puis par la complexité de l'éruption, qui est rarement exclusivement papuleuse, mais ordinairement en même temps vésiculeuse ou pustuleuse sur certains points. Les papules de la gale, par exemple, sont presque toujours mêlées à d'autres lésions polymorphes, dont la constatation est d'une grande importance pour le diagnostic.

Le lichen peut reconnaître également pour cause des excès de table, principalement les *excès alcooliques*, dont l'influence est admise par tous les auteurs. Enfin l'administration de certains médicaments, particulièrement de l'*iode* et des *iodures*, peut déterminer, chez les personnes prédisposées, une éruption papuleuse semblable au lichen. D'après *Fischer*, cette éruption se montrerait sur toute la surface du corps, principalement sur les extrémités et sur l'hypogastre [6].

1. *De medicina Indorum*, cap. XVIII.
2. *On the Diseases of minorca*, chap. IV.
3. *On the influence of tropical climates on European constitutions*, London, 1821.
4. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. II, p. 54 et 66.
5. C'est à tort que Duhring (voy. trad. Barthélemy et Colson, p. 263) confond cette affection avec la miliaire et lui donne le nom de *miliaire papuleuse*. Les éruptions sudorales sont, il est vrai, quelquefois papuleuses, mais toujours on trouve, mêlées aux papules, quelques vésicules de miliaire véritable. Le lichen tropicus, au contraire, est exclusivement papuleux ; et, de plus, il est causé bien plutôt par la haute température que par la transpiration. La miliaire est toujours une éruption transitoire, tandis que le lichen tropicus dure parfois assez longtemps.
6. Voy. Fischer (de Vienne), *De l'exanthème produit par l'iode*, in *Union médicale*, 31 janvier 1860.

Diagnostic. — Le lichen simplex doit être distingué de l'eczéma, du prurigo, de la syphilide papuleuse et de la gale.

L'*eczéma* diffère du lichen par sa lésion élémentaire, qui est une vésicule. Le diagnostic du lichen agrius excorié avec l'eczéma a été fait précédemment [1].

Il est rare, comme nous l'avons déjà dit, que la *gale* soit exclusivement papuleuse; le plus souvent, elle est en même temps vésiculeuse ou pustuleuse. Elle a des sièges d'élection, qui sont les espaces interdigitaux, la face antérieure des poignets et des avant-bras, les organes génitaux, les seins, etc. Enfin la recherche des sillons des acares et des acares eux-mêmes viendra confirmer le diagnostic dans les cas douteux.

Le *prurigo* est une affection papuleuse et prurigineuse, comme le lichen; mais les caractères des deux affections sont différents. Les papules du prurigo sont souvent plus volumineuses, plus larges et plus aplaties que celles du lichen simplex; elles ne sont pas rouges; la peau qui les supporte est normale et a conservé sa souplesse; leur sommet est excorié par le grattage et recouvert d'une croûtelle sanguinolente. Ces papules sont isolées, distinctes, et n'ont aucune tendance à se réunir en groupes; le prurit qu'elles déterminent est cuisant et toujours beaucoup plus intense que celui du lichen. Le prurigo sans papules, uniquement caractérisé par une démangeaison âcre et brûlante, ne peut être confondu avec le lichen.

La *syphilide papuleuse*, à papules petites et acuminées, diffère du lichen par l'absence de prurit et de tout phénomène inflammatoire, par la teinte cuivrée des papules et par la coexistence fréquente d'autres accidents syphilitiques.

Anatomie pathologique. — Les lésions histologiques du lichen simplex diffèrent peu de celles de l'eczéma. La papule est constituée par une accumulation localisée, dans le derme et dans le corps papillaire, d'éléments embryonnaires proliférés ou de nouvelle formation. Les vaisseaux papillaires sont congestionnés, comme dans l'eczéma, mais l'exosmose est à peu près nulle. Au-dessus de la saillie dermique, le corps muqueux présente des altérations de nutrition, et notamment la transformation vésiculeuse d'un certain nombre de cellules malpighiennes, lésion commune à la plupart des inflammations

1. Voy. ci-dessus, p. 349.

de la peau. C'est de cette altération cellulaire que dérive la fine desquamation qu'on observe à la surface des papules de lichen.

Pronostic et traitement. — Le *pronostic* du lichen varie essentiellement avec sa nature. Le lichen aigu est sans gravité ; le lichen de cause externe disparaît rapidement avec la cause qui lui a donné naissance.

Le lichen chronique, sans jamais compromettre l'existence, est grave par son opiniâtreté, par ses recrudescences et par ses récidives, surtout chez les vieillards. Les démangeaisons violentes qu'il détermine quelquefois et les tourments qu'il cause au malade peuvent altérer la nutrition et la santé générale.

Traitement. — Le *lichen aigu* ne réclame d'autre thérapeutique qu'une médication émolliente locale et des dérivatifs intestinaux. La poudre d'amidon, le glycérolé d'amidon, les bains d'amidon, les lotions émollientes, pour calmer le prurit, suffiront dans la plupart des cas. On se trouvera bien, au début de l'affection, de l'administration d'un laxatif ou d'un purgatif léger.

Le traitement du *lichen chronique* est souvent beaucoup plus compliqué et beaucoup plus difficile à conduire. Les bains émollients et les applications émollientes, sous forme de poudres, de pommades ou de lotions, trouveront également leurs indications pour tempérer les démangeaisons; dans le même but, on pourra avoir recours aussi aux lotions vinaigrées ou aux lotions avec une solution faible de sublimé corrosif (0 gr. 10 à 0 gr. 20 pour 250).

Les bains alcalins sont utiles, en dehors des recrudescences inflammatoires, et les bains de vapeur sont quelquefois efficaces dans les formes anciennes, quand la peau est sèche, indurée et épaissie.

Mais le traitement local qui réussit le mieux dans le lichen chronique est l'application de l'huile de cade, qu'il faut employer dans cette affection comme dans l'eczéma chronique; l'huile de cade sera prescrite, suivant les cas, soit pure, soit mitigée avec l'huile d'amandes douces, soit sous forme de pommade (4 gr. pour 30) ou de glycérolé cadique (4 gr. pour 30).

Les eaux minérales qui conviennent au lichen sont les eaux alcalines faibles et toutes les eaux de faible minéralisation, quelle que soit d'ailleurs leur composition exacte. Royat, Saint-Gervais, Plombières et Néris sont les stations auxquelles il faut donner la préférence.

Quant au *traitement interne*, il est souvent bien infidèle. Cependant

il peut être avantageux, chez les arthritiques avérés, de prescrire l'eau de Vichy[1] ou le sirop alcalin[2]. Quant aux préparations arsenicales, elles sont certainement utiles dans les lichens chroniques invétérés; mais il faut bien se garder de les prescrire pendant les périodes aiguës ou subaiguës. La liqueur de Fowler est la préparation arsenicale la plus commode et la plus usitée; on l'administre à doses progressives, de huit à seize gouttes par jour, et son usage doit être longtemps prolongé.

II. — Lichen pilaris vulgaire.

Synonymes. — *Cutis anserina*, lichen pilaris par hypertrophie papillaire (Bazin), kératose pilaire[3], pityriasis pilaris de Hardy[4].

Lichen pilaire diffus.

Symptômes. — Le lichen pilaris est caractérisé par des papules ordinairement plus volumineuses que celles du lichen simplex, isolées et distinctes les unes des autres, et dont chacune est traversée par un poil.

Ces papules sont de coloration variable, tantôt d'un rouge assez vif, tantôt plus pâles, tantôt à peu près de la même couleur que la peau voisine. Elles occupent particulièrement le côté externe des membres et les régions pilaires de la face, les sourcils, les joues et le menton, plus rarement la région antérieure de la poitrine. Leur siège d'élection sur les membres est la partie supérieure et externe du bras, au niveau du deltoïde, et, à la face, la région sourcilière. Bien qu'isolées, elles sont assez rapprochées les unes des autres, d'autant plus fines, plus serrées, que la région sur laquelle elles siègent est plus riche en follicules pileux; leur existence est en effet liée à l'hypertrophie et à l'inflammation chronique de ces follicules. Les parties affectées présentent un aspect rugueux qui rappelle cet état particulier de la peau auquel on donne le nom de *chair de poule*.

1. Source des Célestins.

2. Bicarbonate de soude..... 10 à 12 gr.
Sirop simple..... 250 gr.

3. Cette affection est décrite par Kaposi comme une forme d'ichthyose. Ernest Besnier lui donne le nom de xérodermie pilaire (voy. Kaposi, trad. Besnier et Doyon, t. II, p. 100).

4. Voy. Hardy. *Leçons sur les mal. de la peau : dartres, scrofulides, syphilides.* 1858, p. 115. M. Hardy a confondu le lichen pilaris avec le pityriasis pilaris de Devergie.

Cette affection n'occasionne pas de prurit, à proprement parler; les malades ressentent plutôt des picotements que des démangeaisons véritables; quelquefois même, il n'y a aucun trouble de la sensibilité. La chute des poils ne survient qu'après une longue durée de la maladie (Bazin).

Sur les membres, les papules sont plus volumineuses et plus écartées qu'à la face; elles sont arrondies, grosses comme des têtes d'épingle, et forment un relief très appréciable. Elles sont entourées d'une auréole rouge et recouvertes à leur sommet d'une fine lamelle épidermique desquamée. Les auréoles inflammatoires des papules voisines se fondent ordinairement les unes avec les autres, de façon à constituer des surfaces rouges et rugueuses, plus ou moins étendues; mais parfois la rougeur est à peine marquée. La transition entre la peau malade et la peau saine n'est d'ailleurs jamais brusque; sur les limites de l'éruption, les élevures papuleuses s'atténuent graduellement, et la coloration diminue insensiblement avant de disparaître tout à fait : tel est le principal caractère qui distingue ce *lichen pilaire diffus* du lichen pilaire circonscrit (*lichen circumscriptus*), qui sera décrit plus loin.

Sur la face, les papules sont très petites et confluentes; elles sont représentées seulement par de fines granulations, appréciables surtout au toucher, et groupées sous forme de plaques rouges et grenues, irrégulières, mal limitées, qui siègent sur les joues et sur les régions sourcilières. L'altération des follicules pileux est ici plus profonde que dans le lichen diffus des membres, et les sourcils finissent par tomber.

Le lichen pilaris apparaît ordinairement dans l'enfance ou dans l'adolescence. C'est une affection toujours chronique, parfois très rebelle et d'une durée indéfinie.

Etiologie. — Bazin regardait le lichen pilaris comme une forme de lichen arthritique; d'autres auteurs, avec plus de raison, en font un attribut de la scrofule [1]. C'est, en effet, une dermatose qu'on observe particulièrement chez les sujets lymphatiques.

Diagnostic. — Le lichen pilaris, dont le siège est dans les follicules pileux, doit être distingué de l'*acne pilaris*, qui occupe les glandes sébacées annexées aux poils. L'acné pilaire est caractérisée par une

1. Voy. un mémoire de Lemoine (de Lyon) dans les *Annales de dermatologie* de mai et de juin 1882, sur l'*ichthyose ansérine des scrofuleux*; c'est le nom donné par cet auteur au lichen pilaris ou à la xérodermie pilaire.

papulo-pustule ombiliquée, bien différente de la petite papule acuminée du lichen [1].

Le *pityriasis pilaris*, par les cônes épidermiques qui entourent la base des poils, offre une certaine ressemblance avec le lichen pilaris; mais il en diffère absolument par ses grandes plaques rouges, couvertes de squames, par les altérations des ongles, par l'exagération de la sécrétion sébacée, par la desquamation abondante du cuir chevelu, et enfin par l'absence d'épaississement du derme [2].

Le lichen pilaire diffus ne doit pas être confondu avec le *lichen circumscriptus* ou *lichen pilaire circonscrit*. Ce dernier est constitué, comme on le verra plus loin, par des papules groupées sous forme de plaques circulaires, nettement limitées, papules très petites, quelquefois confondues les unes avec les autres et couvertes de minces squames.

Anatomie pathologique. — Les lésions histologiques du lichen pilaris sont analogues à celles du lichen simple; elles sont essentiellement constituées par une néoformation d'éléments embryonnaires, dont quelques-uns s'organisent en tissu conjonctif adulte. Mais c'est dans la gaine du poil et autour d'elle que la lésion débute, et c'est là qu'elle atteint son maximum de développement. Chaque follicule pileux est, en quelque sorte, plongé au milieu d'un amas de cellules fibro-plastiques et de noyaux embryo-plastiques. Dans les intervalles des bulbes pileux, le derme est également infiltré de cellules embryonnaires, en nombre plus considérable qu'à l'état normal; il est, de plus, épaissi en masse par la multiplication et l'hypertrophie des faisceaux fibro-conjonctifs qui le composent. La papule, au centre de laquelle se trouve le poil, est alors constituée par une masse de tissu cellulo-fibreux de nouvelle formation [3].

L'épiderme, soulevé par la saillie papuleuse du derme, est le siège d'une desquamation assez abondante, et les cellules du corps muqueux subissent des altérations de nutrition, dont le dernier terme est la transformation vésiculeuse, déjà décrite comme une lésion banale des inflammations cutanées [4].

1. Voy. Bazin, *Dict. encyclopéd. des sc. méd.*, 2e série, t. II, art. Lichen, p. 525.
2. Voy. Richaud, *Pityriasis pilaris*, thèse de Paris, 1877, p. 43, 45, 58.
3. D'après Lemoine, les glandes sébacées ont complètement disparu au milieu de cette production exagérée de tissu cellulaire (voy. Lemoine, *De l'ichthyose anserine des scrofuleux*, *loc. cit.*; *Ann. dermatol.*, juin 1882, p. 345).
4. Voy. ci-dessus, *Anat. pathol. de l'érythème*, pages 69 et 245; *de l'eczéma*, p. 364; *du lichen simple*, p. 548.

Pronostic. — Le lichen pilaris n'est jamais une affection grave; mais c'est une lésion incommode, disgracieuse quand elle siège à la face, toujours fâcheuse par sa longue durée et par la résistance qu'elle oppose à la thérapeutique.

Traitement. — C'est à la médication astringente et substitutive qu'il faut avoir recours pour modifier la peau affectée de lichen pilaris. On a conseillé contre cette affection la pommade au tannin, la pommade à l'oxyde de zinc ou au sous-nitrate de bismuth, des pommades composées de sels mercuriels divers incorporés à l'axonge [1], les applications de nitrate d'argent en solution; à tous ces agents il faut préférer l'huile de cade pure, qu'on appliquera directement avec un pinceau sur les parties malades, après avoir coupé les poils. On peut aussi employer la pommade à l'acide pyrogallique (de 5 à 10 d'acide pyrogallique pour 100 d'axonge). Enfin il sera utile de prescrire des bains alcalins fréquents et, de temps en temps, quelques bains de vapeur, pour ramollir l'épiderme et assouplir la peau.

III. — Lichen circumscriptus.

Synonymes. — *Lichen scrofulosorum* de Hébra [2]; *Lichen pilaire des strumeux* de E. Besnier [3].

1. Voy. art. Lichen du *Dict. encyclopéd. des sc. méd.*, 2e série, t. II, p. 527.

2. Je crois, comme le traducteur anglais de Hébra (trad. Doyon, t. I, p. 457, note), que l'affection décrite par l'Ecole de Vienne sous le nom de *lichen scrofulosorum* n'est autre chose que le *lichen circumscriptus* de Willan et Bateman, de Rayer, de Bazin, etc.

Si le lecteur veut bien comparer la description du lichen circonscrit par Rayer avec celle du lichen des scrofuleux par Hébra, il sera frappé de la concordance de ces deux descriptions :

« Le lichen circumscriptus, dit Rayer (t. II, p. 51), est une variété caractérisée par des *groupes de papules*, d'une forme assez régulièrement circulaire... Quelques plaques papuleuses restent stationnaires pendant un certain temps, puis guérissent naturellement à partir du centre des groupes vers leur circonférence..... D'autres plaques s'étendent graduellement au moyen de nouveaux cercles de papules.... En même temps que les bords des plaques s'étendent, *leur centre devient uni, prend une teinte rose pâle ou jaunâtre et un aspect furfuracé....* En général les papules ainsi groupées sont moins enflammées que dans le lichen simplex; je les ai souvent observées à peu près *de la même couleur que la peau.* »

« Le lichen scrofulosorum, dit Hebra (t. I, p. 456, trad. Doyon), est caractérisé par une éruption de papules miliaires, jaunes, rouges ou *de la même couleur que le reste de la peau.* Ces papules sont *toujours disposées en groupes* et quelquefois *forment des cercles au dedans desquels on peut voir accidentellement quelques taches pigmentaires indiquant le siège de papules antérieures et toujours recouvertes de quelques minces squames.* »

3. V. E. Besnier, notes à la traduction de Kaposi, t. I, p. 527.

Lichen pilaire circonscrit.

Symptômes. — Cette affection est caractérisée par des groupes de papules miliaires, dont le volume ne dépasse pas habituellement celui d'une tête d'épingle, et dont la coloration varie depuis le jaune pâle jusqu'au rouge brunâtre; quelquefois, les papules sont à peu près de la même couleur que le reste de la peau; dans d'autres cas, elles sont presque livides.

Les groupes de papules sont le plus souvent circulaires, d'un diamètre variable, qui peut atteindre la grandeur d'une pièce de 5 francs d'argent. Parfois ils forment des anneaux et même des lignes irrégulières plus ou moins étendues. Il est probable que le *lichen gyratus*, décrit jadis par Biett, n'est qu'une variété de ce lichen circonscrit.

L'examen attentif des papules montre que chacune d'elles est située à l'orifice d'un follicule pileux et présente à son sommet une petite squame.

Les démangeaisons sont presque nulles; parfois elles sont remplacées par quelques picotements légers.

Le lichen pilaire circonscrit siège principalement sur le tronc et particulièrement sur le dos et sur l'abdomen; mais, quand l'éruption a duré un certain temps, elle peut envahir les membres.

Le développement de cette affection est lent et insensible. Les plaques restent longtemps stationnaires ou s'étendent graduellement par l'adjonction de nouvelles papules à leur circonférence, en même temps qu'au centre les papules primitives s'affaissent, ne laissant, comme traces de leur existence, que des taches pigmentaires, recouvertes de minces squames.

Dans les cas graves, de nouveaux groupes papuleux se montrent entre les premiers, et, quand les plaques sont assez rapprochées, la peau, dans une certaine étendue, présente une teinte diffuse, d'un brun sale (Kaposi). Quelquefois même, d'après Hébra, cette forme de lichen se complique « de la production de tubercules bleuâtres, gros comme des lentilles, qui surviennent dans les espaces compris entre les groupes de papules, ou sur les membres et à la face. » Ces tubercules ressemblent à ceux de l'acné et deviennent pustuleux [1]. On peut observer également, comme complication, un eczéma impétigineux du scrotum ou du pubis, et, aux membres inférieurs, des pa-

1. Voy. Hébra, *loc. cit.*, trad. Doyon, p. 457.

pules ou des pustules hémorrhagiques (Kaposi) [1]. C'est dans ces cas-là que les dermatologistes viennois ont constaté, chez les malades atteints de cette dermatose, des engorgements et des suppurations ganglionnaires, des périostites, des caries et des nécroses; et c'est de l'existence simultanée de l'éruption papuleuse et de ces accidents scrofuleux qu'est venu le nom de *lichen scrofulosorum*.

Mais cette *forme grave* de lichen pilaire circonscrit, qui paraît commune à Vienne, au dire de Hébra et de Kaposi, n'existe pas chez nous. Le plus souvent, en France, on observe seulement une *forme bénigne*, caractérisée par des groupes papuleux isolés, peu nombreux, qui persistent pendant des mois entiers et même des années, presque sans changement, ou qui, après un certain temps de durée, lentement s'affaissent et s'effacent à partir du centre des plaques vers leur circonférence, en donnant lieu à une légère exfoliation épidermique, et disparaissent enfin sans laisser de traces.

Anatomie pathologique. — Les lésions histologiques du lichen pilaire circonscrit (lichen scrofulosorum de Hébra) ont été bien étudiées par Kaposi. Cet auteur a montré que le processus anatomique de cette éruption « consiste en une infiltration cellulaire et une exsudation qui siègent dans les follicules pileux et autour d'eux, dans les glandes sébacées annexes et dans les papilles avoisinantes. Chaque papule correspond, par conséquent, à un orifice folliculaire et aux parties qui l'environnent. La tuméfaction et l'infiltration des papilles forment la papule, et l'amas d'épiderme hyperplasié représente la squame centrale [2] ».

Etiologie. — Le lichen pilaire circonscrit est une affection peu commune, au moins en France. On l'observe principalement chez les adolescents lymphatiques ou débiles et chez les jeunes filles anémiques. Ses rapports avec la scrofule ne sont pas aussi nettement établis que le prétend l'Ecole de Vienne; Ernest Besnier fait remarquer avec raison qu'en France, où les scrofuleux ne font pas défaut, ce lichen pilaire s'observe chez eux assez rarement [3].

Diagnostic. — Le *lichen simplex* diffère du lichen pilaire circonscrit par les vives démangeaisons qu'il détermine et par la forme de l'éruption, qui n'est jamais aussi exactement circonscrite.

C'est également la limitation exacte de ses groupes éruptifs, sous

1. V. Kaposi, *loc. cit.*, trad. Besnier et Doyon, t. I, p. 524.
2. Voy. Kaposi, *loc. cit.*, trad. franç. de Besnier et Doyon, t. I, p. 524,525.
3. Voy. notes de la trad. française de Kaposi, *loc. cit.*, t. I, p. 527,528.

forme de plaques circulaires, qui distingue le lichen circonscrit du *lichen pilaris vulgaire*, auquel convient le nom de *lichen pilaire diffus*. Les deux affections diffèrent aussi par leur siège : le lichen pilaris vulgaire occupe principalement le côté externe des membres et la face; le lichen circonscrit a son siège de prédilection sur le tronc. Mais ce sont là, il faut l'avouer, des différences purement morphologiques, et ces deux dermatoses se rapprochent beaucoup l'une de l'autre par leurs lésions histologiques et par leur étiologie.

Il est presque impossible de confondre le *lichen ruber* avec le lichen circonscrit. L'éruption du lichen ruber n'est jamais disposée en groupes, même au début; elle siège aussi bien sur les membres que sur le tronc; elle est d'un rouge vif, prurigineuse, et peut finalement envahir toute la surface cutanée.

L'*eczéma nummulaire*, sec et lichénoïde, rappelle un peu, par sa forme et son aspeet, le lichen circonscrit; mais il en diffère essentiellement par la présence de fines vésicules, mêlées aux papules, ou par l'existence de quelques croûtelles, résultant d'un faible suintement; il en diffère surtout par les démangeaisons qu'il provoque.

La *syphilide papuleuse miliaire* est circinée, disposée sous forme d'anneaux ou de circonférences; mais jamais ses papules n'occupent des cercles complets, comme les groupes papuleux du lichen circonscrit. De plus, on trouve toujours, dans la syphilis, des papules isolées et disséminées; dans les groupes circinés, quelques-unes des efflorescences sont plus volumineuses que les autres et véritablement lenticulaires; enfin toutes ces papules sont dures, brillantes et cuivrées.

Pronostic et traitement. — Le lichen pilaire circonscrit est toujours une affection bénigne, qui n'est même pas gênante, car elle est à peine prurigineuse. Mais, en raison de la lenteur de son évolution, cette éruption peut durer indéfiniment.

Le *traitement* consistera, en premier lieu, à modifier la constitution du malade et à combattre l'anémie, le lymphatisme ou la scrofule, qui sont les causes principales de cette dermatose. Pour répondre à ces indications thérapeutiques, on administrera les préparations ferrugineuses et iodurées et l'huile de foie de morue, dont l'efficacité, dans cette forme de lichen, est tant vantée par Hébra. On associera utilement à cette médication interne une alimentation réparatrice et une bonne hygiène.

Mais ce traitement général, si important qu'il soit, est le plus souvent

insuffisant, si l'on ne prescrit en même temps un traitement local approprié. Hébra conseille l'usage externe de l'huile de foie de morue [1], en onctions fréquentes sur les parties malades. Nous ne croyons pas que ce mode de traitement soit le meilleur; l'huile de foie de morue, en applications locales, ne possède qu'une action bien minime et surtout bien lente. Nous lui préférons de beaucoup l'*huile de cade*, qu'il est rarement nécessaire d'employer pure dans cette affection. L'huile de cade mitigée, dans des proportions variables, par l'huile d'amandes douces, ou incorporée à l'axonge, sous forme de pommade, est le médicament externe qui donne les résultats les plus prompts et les plus sûrs dans le lichen pilaire circonscrit.

IV. — Lichen ruber.

Cette espèce pathologique a été créée par Hébra. Mais Hébra n'avait primitivement en vue, dans sa description, que le *lichen ruber acuminé*, qui est la *forme grave* de la maladie. La *forme bénigne*, la plus fréquente en Angleterre et en France, a été décrite par Erasmus Wilson sous le nom de *lichen planus*.

Toutefois, ces deux formes éruptives, bien que considérées par la plupart des dermatologistes comme deux variétés de la même espèce morbide, présentent entre elles des différences assez tranchées [2]. Les papules du lichen ruber de Hébra sont coniques, tandis que celles du lichen plan sont aplaties et en facette. Les complications viscérales et les troubles généraux, si graves dans le lichen acuminé, n'existent pas dans le lichen planus.

Mais, dans l'une et l'autre affection, l'éruption est constituée par des papules rouges, recouvertes à leur sommet d'une petite squame, groupées bientôt sous forme de plaques rouges qui reposent sur une infiltration du derme. C'est en ayant égard à ces caractères communs que Kaposi, l'élève de Hébra, et Erasmus Wilson, le créateur du lichen planus, ont rapproché les deux affections, qu'ils considèrent comme deux formes de la même maladie [3]. D'ailleurs, ainsi que l'ont remar-

1. « L'administration de l'huile de foie de morue *intus et extra*, si prônée par Hébra, a été inaugurée par Gibert » (Barthélemy et Colson, in trad. de Duhring, p. 297).

2. Voy. F. Lavergne, *Du lichen planus*, thèse de Paris, 1883, p. 81.

3. L'opinion de Kaposi et d'Erasmus Wilson est adoptée par Ernest Besnier (note à la trad. de Kaposi, t. I, p. 528 et 532).

qué Kaposi, Dühring, E. Besnier, ces deux formes peuvent se combiner l'une avec l'autre et coexister sur le même sujet, ce qui démontre bien leur identité de nature.

Symptômes. — I. **Lichen ruber acuminé** (*Lichen ruber de Hébra*) [1]. Cette dermatose est caractérisée par des papules rouges, dures, coniques (Kaposi), de la grosseur d'un grain de millet ou d'une tête d'épingle, présentant à leur sommet une petite squame.

Ces papules conservent le même volume pendant toute la durée de leur existence (Hébra). Elles sont d'abord distinctes les unes des autres, disséminées sur certaines régions de la peau, rarement, au début, répandues sur toute la surface du corps. Elles ne provoquent qu'une démangeaison très modérée et ne sont jamais excoriées par le grattage.

Bientôt de nouvelles papules apparaissent dans l'intervalle des premières; dans l'espace de deux ou trois mois, l'éruption devient confluente sur certains points, et, à mesure qu'elle se développe, les ilots de peau saine diminuent de plus en plus. Les groupes papuleux ne tardent pas à se confondre et, par leur réunion, forment des plaques diffuses, irrégulières, d'étendue variable, rouges, infiltrées et recouvertes de squames. La peau ainsi affectée est épaissie, sèche, fendillée, rugueuse, et donne au toucher la sensation d'une râpe (Kaposi). Autour des plaques on trouve encore quelques papules isolées, avec les caractères des efflorescences primitives.

Au bout d'une ou de plusieurs années, l'éruption peut, par le développement incessant de nouvelles plaques qui se réunissent aux anciennes, envahir toute la surface cutanée. Dans ce *lichen ruber généralisé*, la peau, dans toute son étendue, est rouge, épaissie et couverte de squames. Les mouvements articulaires deviennent douloureux et difficiles, principalement ceux des doigts et des orteils, à cause de l'infiltration du derme. Les articulations des phalanges présentent, de plus, des fissures transversales et des crevasses saignantes, qui rendent les mouvements encore plus pénibles, de sorte que le malade maintient naturellement ses doigts et ses orteils séparés les uns des autres et dans une position demi-fléchie. La paume des mains et la plante des pieds sont recouvertes de callosités épidermiques épaisses, d'un blanc

1. Cette forme de lichen étant exceptionnelle en France, de même qu'en Angleterre d'après Er. Wilson, nous empruntons les principaux détails de son histoire aux descriptions qu'en ont données Hébra et Kaposi, d'après les faits observés à Vienne (voy. Hébra, trad. Doyon, p. 462-466 ; Kaposi, trad. Besnier et Doyon, p. 529, 530).

sale (Kaposi). Les ongles sont également altérés profondément dans leur nutrition, tantôt minces et cassants, d'une teinte plus claire qu'à l'état normal, tantôt épaissis, rudes, opaques, d'une coloration jaunâtre et très friables (Hébra). La face est sèche, fendillée et squameuse, les paupières inférieures en ectropion, les paupières supérieures abaissées, le cuir chevelu squameux (Kaposi). Les cheveux, ainsi que les poils du pubis et des aisselles, sont amincis, lanugineux, arrêtés dans leur développement; ils peuvent même tomber, d'après Kaposi, et, plus tard, la chute des poils s'étend à tout le corps.

Arrivé à ce degré, le lichen ruber s'accompagne d'une *démangeaison* très pénible, qui peut troubler le sommeil, mais qui n'est cependant pas aussi intense que dans d'autres dermatoses moins étendues et moins graves, telles que l'eczéma et le prurigo. En même temps, le malade maigrit, perd l'appétit, s'affaiblit de jour en jour; il digère mal, sa nutrition languit de plus en plus, et la mort survient, comme conséquence de l'épuisement et du marasme, quand elle n'est pas le résultat d'une complication viscérale accidentelle.

Tels sont les trois états successifs du lichen ruber : *papules isolées, plaque diffuses, éruption généralisée*, états qui représentent les trois périodes décrites par Hébra [1]. La maladie peut ainsi durer plusieurs années, mais, abandonnée à elle-même, elle ne semble pas pouvoir s'arrêter spontanément dans sa marche fatale.

II. — **Lichen ruber plan.** (*Lichen planus de Wilson*) [2]. — Le lichen planus est caractérisé par de petites papules rouges, aplaties, légèrement déprimées au centre, dures et sèches, tantôt isolées, tantôt groupées de manière à constituer des plaques d'étendue variable.

L'éruption peut affecter toutes les régions du corps, mais elle se montre d'abord, de préférence, sur la partie antéro-externe de la jambe, souvent au niveau d'une veine variqueuse [3], sur la cuisse ou sur la face antérieure de l'avant-bras. Plus rarement elle débute par le tronc [4],

1. Voy. Hébra, *loc. cit.*, trad. Doyon, t. I, p. 466.
2. Voy. Erasmus Wilson, *Lectures on ekzema and ekzematous affections*, London, 1870, p. 227.
Tilbury Fox, *Shin Diseases*, 1873, p. 144.
Kaposi, *loc. cit.*, trad. Besnier et Doyon, t. I, p. 530.
Héguy, thèse de Paris, 1880. *Etude sur le lichen planus.*
Fernand Lavergne, thèse de Paris, 1883. *Contribution à l'étude du lichen planus.*
3. Observations de Vidal et de Fournier rapportées par Héguy (*loc. cit.*, p. 24), et par Lavergne (*loc. cit.*, p. 15).
4. D'après Erasmus Wilson (*loc. sup. cit.*), la pression du corset, au niveau de

par les organes génitaux (Duncan-Bulkley), par les lèvres, la langue ou la muqueuse buccale (E. Wilson), par le front (Hillairet) [1], par les extrémités (Kaposi).

Elle apparaît le plus souvent sans aucun phénomène précurseur; quelquefois, cependant, elle est précédée de démangeaisons plus ou moins vives.

Les *papules* sont toujours peu volumineuses, de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet, rarement d'un grain de chènevis, parfois aussi petites qu'une pointe d'aiguille (Kaposi), et difficiles à voir à l'œil nu. Leur base est ordinairement polygonale [2] ou irrégulièrement arrondie; leur sommet est aplati et forme une sorte de facette lisse, luisante, brillante comme de la cire (Kaposi). Quelques-unes sont très nettement ombiliquées; sur d'autres, la dépression centrale est à peine marquée et ne peut être vue qu'avec une loupe (E. Besnier). Cette dépression est due à la présence du follicule pileux situé au centre de la papule.

Ces papules présentent une coloration rouge, tantôt d'un rouge jaunâtre, tantôt d'un rouge foncé. La peau qui les entoure conserve ordinairement sa couleur normale; quelquefois cependant elle est congestionnée, couverte d'une rougeur diffuse, légèrement épaissie et infiltrée.

Le prurit est habituellement d'une faible intensité, et on ne trouve pas de traces de grattage sur les papules; quelquefois même, il fait complètement défaut. Mais, dans certains cas, les démangeaisons sont tellement violentes qu'elles troublent le sommeil; elles caractérisent la forme spéciale admise par Wilson, sous le nom de *lichen planus pruriginosus*. Le prurit détermine alors des lésions de grattage qui, d'après quelques auteurs, pourraient devenir, à leur tour, une cause d'extension de l'éruption papuleuse (Héguy, Lavergne).

Les papules, une fois leur développement effectué, restent stationnaires et ne subissent pas d'accroissement périphérique (Wilson). Comme toutes les papules de lichen, elles sont dures et solides, et ne se transforment jamais ni en vésicules ni en pustules. Elles ne des-

la ceinture, est une cause occasionnelle de la maladie, comme d'ailleurs la constriction exercée au-dessus ou au-dessous du genou par les jarretières.

1. Cité par Héguy, *loc. cit.*, p. 14.

2. D'après E. Besnier et Doyon, cette forme polygonale est déterminée par les sillons et les plis de la peau qui limitent les papules (trad. de Kaposi, t. I, p. 530).

quament qu'à une période avancée de leur évolution, et même la desquamation, toujours minime, n'est pas constante; elle n'est souvent appréciable que sur les papules qui ont été le siège d'une hypérhémie intense.

Ces papules isolées sont d'abord disséminées irrégulièrement sur la région primitivement atteinte. Mais bientôt elles se multiplient; tantôt en petit nombre, séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine, et constituant le *lichen discretus* de Wilson; tantôt, au contraire, très abondantes, répandues sur une très large surface, et parfois presque généralisées : c'est le *lichen diffusus* de l'auteur anglais.

Sur certaines régions, les papules sont tellement multipliées, qu'elles se touchent et se pressent les unes contre les autres, et de cette confluence localisée résultent des groupes papuleux qui se présentent sous forme de rangées linéaires, d'anneaux ou de circonférences incomplètes, et surtout sous forme de plaques de configuration variable.

Le plus souvent, ces *plaques* sont irrégulièrement arrondies ou quadrangulaires, d'une coloration rouge ou rosée. Leurs dimensions varient depuis la grandeur d'une lentille jusqu'au diamètre d'une pièce de 5 francs en argent. On voit généralement se produire à leur périphérie une couronne de papules isolées, plates et brillantes, qui leur donnent « l'aspect tout particulier d'une pierre sombre entourée de perles » (Kaposi).

En examinant ces plaques avec attention, on constate qu'elles sont formées par la juxtaposition de papules, serrées les unes contre les autres et offrant l'apparence d'une mosaïque. On voit, de plus, qu'elles sont parsemées de points blanchâtres, qui représentent les orifices de follicules pileux remplis de débris épidermiques accumulés et dans lesquels le poil a disparu (E. Wilson, Vidal) [1].

La surface des plaques est rugueuse, granuleuse comme une peau de chagrin; elle est couverte de squames fines, blanchâtres ou grisâtres. Le prurit est généralement modéré.

La peau qui supporte les plaques est épaissie et infiltrée. Parfois celles-ci, en se rejoignant par leurs bords, se fusionnent et arrivent à constituer de larges placards qui recouvrent tout un segment de mem-

1. Voy. Vidal, Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis. *Tribune médicale*, 25 juillet 1880.

bre (Wilson) [1]. Mais jamais, même quand l'éruption envahit les extrémités, les ongles ne sont altérés [2].

Le lichen planus, avons-nous dit, peut occuper toutes les régions de la peau, mais ses sièges d'élection sont : la face antérieure des avant-bras et des poignets, la face externe des jambes, les lombes, les hanches et l'abdomen. On l'a observé parfois sur le cuir chevelu [3], sur le gland, sur les muqueuses de la bouche [4], de la langue et de la gorge (Wilson).

Contrairement au lichen acuminé qui se généralise assez rapidement, le lichen plan peut rester localisé, limité à une région, pendant plusieurs mois et même pendant des années entières.

La marche de l'éruption est, d'ailleurs, ordinairement lente et essentiellement chronique. La maladie procède par intermittences et par poussées successives. Au bout d'un certain temps, quelques-unes des papules primitives s'affaissent et tendent à disparaître, les plaques les plus anciennes se dépriment au centre, qui prend une couleur brunâtre ou livide; mais de nouvelles papules se développent, soit isolément, soit à la périphérie des plaques en voie de régression centrifuge, et l'affection se prolonge indéfiniment, grâce à la propagation continuelle de l'éruption.

Cependant la maladie, d'après Besnier et Doyon [5], peut disparaître spontanément au bout de plusieurs années, laissant seulement, à la place des plaques, des macules pigmentaires. Sous l'influence d'un traitement approprié, la guérison est habituelle; le prurit diminue et cesse même complètement; les papules pâlissent et s'affaissent; les plaques se dépriment du centre à la périphérie; tout relief s'efface, toute saillie disparaît. Mais l'éruption laisse toujours des traces durables de son passage; les points occupés antérieurement par les papules et par les plaques restent longtemps pigmentés, conservent une coloration jaune ou brunâtre, qui persiste pendant des mois et des années. Néanmoins, malgré cette pigmentation, les malades doivent être considérés comme guéris.

Le lichen planus exerce peu d'influence sur l'organisme; jamais on

1. Voy. Thèse de Lavergne, p. 20 et 42.
2. Voy. Vidal, *Gazette des hôpitaux*, 1878. (Héguy, *loc. cit.*, p. 21.)
3. Observations de Vidal et de Brocq citées par Héguy et par Lavergne (*loc. cit.*).
4. Observations de Wilson, de Neumann et de Crocker.
5. Voy. Trad. de Kaposi, t. I, p. 532, note.

n'observe dans cette affection les symptômes généraux graves qui distinguent le lichen acuminé. On a noté l'engorgement des ganglions inguinaux dans plusieurs cas de lichen plan des membres inférieurs (E. Besnier, Héguy, Lavergne).

La sécrétion sudorale est le plus souvent diminuée, parfois augmentée (Lavergne). On constate fréquemment des troubles digestifs, tels que dyspepsie, gastralgie, catarrhe chronique de l'estomac, des accidents nerveux consistant en migraines, névralgies faciales, insomnies, céphalées, obnubilations de la vue, irritabilité excessive, et même hypochondrie ; mais ces troubles de la digestion et du système nerveux sont souvent antérieurs à l'éruption, et rien ne prouve, dans aucun cas, qu'ils soient directement sous sa dépendance [1]. Ils ne sont, d'ailleurs, jamais assez graves pour altérer la santé générale.

Telle est la forme ordinaire du lichen planus, *forme chronique d'emblée*. Exceptionnellement, la maladie peut affecter un *début aigu* [2]. L'éruption envahit alors rapidement, en quelques jours, une grande étendue des téguments ; les papules sont d'un rouge foncé, moins brillantes que dans la forme précédente ; les plaques sont larges, nombreuses, et recouvrent presque toute la surface cutanée ; elles sont très prurigineuses et couvertes de squames abondantes ; dans les intervalles qui les séparent, la peau est rouge et érythémateuse. Tous les caractères de l'éruption indiquent que les phénomènes congestifs présentent ici une intensité particulière. Cette forme, d'ailleurs, à la suite de ce début aigu et brusque, après ce développement rapide, revêt une marche lente, semblable à celle du lichen chronique d'emblée.

Il est enfin une forme spéciale de lichen planus, qui mérite d'être décrite à part, c'est la forme étudiée principalement par E. Vidal, sous le nom de *lichen plan corné*.

Ce lichen corné est remarquable par sa tendance à la *localisation*, par l'épaisseur excessive de ses plaques et par leur tenacité. Il peut succéder au lichen planus ordinaire ou s'établir d'emblée (Lavergne). Son siège de prédilection est la face antéro-externe de la jambe ; mais on l'a observé aussi sur d'autres régions.

Les plaques qui le constituent sont de forme arrondie ou irrégulière,

1. Voy., plus loin, l'*étiologie*. — Il est assez vraisemblable d'admettre que les troubles digestifs et nerveux et l'affection cutanée sont des effets de la même cause générale.

2. Lichen plan aigu de Lavergne (*loc. cit.*, p. 63).

de couleur violacée, vineuse ou même livide, de dimensions qui varient depuis le diamètre d'une pièce de cinquante centimes jusqu'à la largeur de la paume de la main. Ces plaques sont très épaisses, cornées et comme rétractées; leur surface est sèche, rugueuse, inégale, parfois même raboteuse, couverte de squames fines et adhérentes, sillonnée de plis entrecroisés; mais les papules originelles sont confondues par leurs bords, et leur sommet n'est plus distinct. Les orifices folliculaires sont plus visibles dans cette forme que dans le lichen plan ordinaire; ils se présentent sous l'aspect de nombreux pertuis, tantôt béants et tellement confluents que la plaque cornée ressemble, en quelque sorte, à une écumoire, tantôt « oblitérés et masqués par de petits cônes épidermiques, en forme de godet, enchâssés dans leur intérieur » (Lavergne).

La peau qui entoure les plaques est pigmentée et légèrement infiltrée, et présente parfois quelques papules isolées.

Le prurit est toujours très intense, beaucoup plus pénible que dans les formes précédentes.

La durée du lichen plan corné est indéfinie. On a rapporté des observations dans lesquelles la maladie remontait à dix, à vingt et même à vingt-cinq ans (Lavergne).

Anatomie pathologique. — Les lésions de la peau dans le lichen ruber ont été étudiées, en premier lieu, par Hébra, puis par Hillier, Neumann, Biésadecki, Kaposi, Vidal, etc. Ces auteurs admettent que l'altération principale siège dans les follicules pileux et dans le tissu périfolliculaire. Les cellules de la gaine radiculaire externe prolifèrent et distendent la base du follicule, qui présente des prolongements diverticulaires, des dilatations ampulliformes, dont l'ensemble donne à la gaine de la racine, suivant la comparaison de Neumann, l'aspect d'une glande acineuse [1]. L'hyperplasie, progressant de bas en haut, monte le long de la tige du poil; le follicule élargi, rempli par une accumulation de cellules proliférées, ressemble « à un entonnoir, dont la pointe regarde en bas, et qui paraît composé de plusieurs cônes creux, unis lâchement entre eux » (Hébra). C'est de cette prolifération que dérivent les godets épidermiques, qu'on observe à l'orifice des follicules, et qui semblent s'enfoncer en forme de bouchon dans leur intérieur. Le poil, toujours altéré, est parfois entouré, à sa sortie, d'une

1. Voy. Neumann, trad. Darin, *loc. cit.*, p. 280.

collerette squameuse; le plus souvent il est coupé à la base de sa racine, et son extrémité inférieure est ramollie et subdivisée comme une sorte de pinceau (Neumann).

Le derme est infiltré de cellules embryonnaires, principalement dans sa partie superficielle et autour des vaisseaux (Balzer) [1]. Tantôt les papilles sont hypertrophiées, allongées et élargies, renfermant des anses vasculaires dilatées et des fibres de tissu élastique plus abondantes qu'à l'état normal; tantôt elles se montrent atrophiées, et leur tissu dense et serré ne contient qu'un vaisseau grêle et vide de sang (Neumann). Dans le lichen plan, les papilles de la périphérie des papules sont augmentées de volume, gonflées par la prolifération cellulaire; celles du centre, au contraire, sont affaissées; il semble que le corps papillaire soit atrophié au niveau de la dépression centrale de chaque papule (Biésadecki, Kaposi). Cet ombilic central « ne correspond pas, d'après Biésadecki [2], à l'orifice du follicule pileux, mais à l'insertion du muscle redresseur du poil, lequel, dans l'opinion de cet auteur, se trouve dans un état de tétanos persistant. »

La prolifération des éléments embryonnaires et des cellules fibroplastiques est tellement abondante, ces éléments forment des groupes tellement compacts, que les faisceaux de tissu conjonctif, les glandes et les vaisseaux sont comprimés. De cette compression des vaisseaux résultent des altérations de nutrition qui atteignent les cellules elles-mêmes, et leur font subir la dégénérescence colloïde ou granuleuse (Balzer). Biésadecki avait jadis émis l'idée que les vaisseaux papillaires peuvent également se transformer en tissu colloïde.

L'infiltration cellulaire gagne la profondeur du derme, en suivant le canal excréteur des glandes sudoripares, et forme, autour du glomérule, des amas de noyaux embryoplastiques et de corps fusiformes, qui compriment le conduit et quelquefois l'oblitèrent et l'atrophient (Balzer). Les glandes sébacées peuvent aussi être détruites, probablement par le même mécanisme.

Les fibres musculaires lisses du derme et des follicules pileux sont hypertrophiées (Neumann).

L'épiderme présente aussi des modifications importantes, dans la plupart de ses couches. La couche cornée est épaissie; ses cellules

1. D'après Balzer (voy. thèse de Héguy, p. 27) le point de départ des lésions, dans le lichen plan, est toujours périvasculaire.
2. Cité par Kaposi, *loc. cit.*, trad. Besnier et Doyon, t, I, p. 535.

profondes sont encore vivaces et pourvues d'un noyau qui se colore fortement par le carmin (Vidal et Leloir) [1]. La couche granuleuse est constituée par deux ou trois rangées de cellules, qui contiennent une plus grande quantité d'éléidine qu'à l'état normal. La couche de Malpighi est hypertrophiée et envoie, dans l'intervalle des papilles, de longs prolongements parfois ramifiés. Quelques-unes des cellules malpigiennes sont devenues vésiculeuses; d'autres ont subi la dégénérescence colloïde ou granuleuse, comme les cellules embryonnaires des papilles (Balzer).

Les altérations de l'épiderme atteignent leur plus haut degré dans le *lichen plan corné*. La couche cornée, très épaisse, est quadruplée et parfois même décuplée d'épaisseur; la couche granuleuse, fortement chargée d'éléidine, comprend quatre ou six rangées de cellules; le corps muqueux est également hypertrophié (Vidal et Leloir). Dans cette forme, il n'existe plus trace de follicules pileux; les glandes sébacées et les glandes sudoripares ont presque complètement disparu par atrophie progressive; les lésions du derme sont les mêmes que dans le lichen plan ordinaire.

Étiologie. — Pour Hébra et Kaposi, les causes du lichen ruber sont absolument inconnues [2]. Cette maladie n'est ni contagieuse ni héréditaire; elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, dans la proportion de 2 à 1 (Kaposi); elle atteint surtout les adultes, mais elle a été aussi observée chez l'enfant par Kaposi. C'est de préférence, au printemps qu'elle se manifeste.

Chez les malades affectés de lichen ruber plan, on trouve fréquemment des antécédents arthritiques ou nerveux (E. Vidal, E. Besnier [3], T. Fox [4]). Beaucoup de ces malades sont des névropathes ou de véritables hystériques; d'autres, avant l'éruption, étaient sujets aux migraines, ou atteints d'hémorrhoïdes, de varices, ou d'accidents rhumatismaux divers.

Diagnostic. — Le *lichen ruber acuminé* doit être distingué des autres espèces de lichen, de l'eczéma, du psoriasis et du pityriasis rubra.

Il diffère du *lichen simplex* par sa marche, par sa généralisation

1. Voy. Vidal et Leloir, *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 12 mai 1883, n° 17, p. 331 et suiv.
2. Voy. Hébra, trad. Doyon, *loc. cit.*, p. 470.
3. Voy. notes à la *trad. franç.* de Kaposi, *loc. cit.*, t. I, p. 533.
4. Voy. T. Fox. *British medical journal*, 23 août 1879, p. 292 (cité par Lavergne).

progressive, par sa longue durée, par les symptômes généraux graves qui l'accompagnent. Les démangeaisons sont toujours beaucoup plus vives, dès le début, dans le lichen simplex que dans le lichen ruber.

Les groupes papuleux isolés, distincts, non prurigineux du *lichen circonscriptus* (L. scrofulosorum), ne peuvent être confondus avec le lichen ruber.

Dans l'*eczéma chronique*, sec et lichénoïde, on trouve toujours, même en dehors de tout suintement, de temps en temps quelques vésicules ou au moins quelques petites croûtes, qui n'existent jamais dans le lichen ruber.

Le *psoriasis* est caractérisé par des squames épidermiques épaisses, blanches et nacrées; quand on frotte ces squames on met à nu une élevure papuliforme, aplatie, congestionnée et saignant facilement. Dans le lichen ruber, l'épaississement de la peau est plus considérable, mais la production de squames beaucoup moindre; les papules sont plus saillantes et plus dures, mais moins larges que celles du psoriasis.

Le psoriasis est plus prurigineux que le lichen ruber; il n'est jamais accompagné de la même altération de la santé générale et se manifeste chez des individus qui conservent ordinairement leur constitution vigoureuse. En outre, le *psoriasis* occupe rarement toute la surface cutanée, et même à son plus haut degré de généralisation, il disparaît temporairement sur certains points, de sorte qu'on trouve toujours, entre les plaques les plus étendues, quelques intervalles de peau saine.

Le *pityriasis rubra* ne peut être confondu qu'avec le lichen ruber généralisé; dans les deux affections on observe, en effet, une rougeur diffuse de la peau, qui est en même temps couverte d'écailles. Mais, dans le pityriasis rubra, il n'y a aucune trace de papules, *il n'y a même pas d'infiltration du derme;* la peau paraît au contraire amincie; elle est souple et mobile; la desquamation est beaucoup plus abondante.

Le diagnostic du *lichen ruber plan* est généralement assez facile. On ne confondra pas cette affection avec le *lichen simplex*, dont les papules sont bien différentes par leur forme, par leur évolution et par leur mode de groupement, ni avec le *lichen circumscriptus*, qui est caractérisé par des groupes de papules miliaires, ternes, d'un rouge pâle, non prurigineuses, dépourvues d'ombilication centrale.

Le *prurigo*, avec ses papules isolées et excoriées et ses vives déman-

geaisons, l'*eczéma*, avec ses vésicules, son suintement et ses croûtes, son prurit, sa rougeur et sa desquamation abondante, n'ont aucun caractère commun avec le lichen planus. Il en est de même du *pityriasis rubra*, qui est uniquement constitué par une rougeur diffuse, plus ou moins foncée, couverte de squames, et qui ne présente jamais ni papules ni épaississement de la peau.

C'est avec le psoriasis et surtout avec la syphilide papuleuse qu'on peut le plus facilement confondre le lichen plan.

Le *psoriasis* débute généralement par les coudes et par les genoux; ses papules, arrondies, larges, aplaties, se couvrent rapidement d'écailles épaisses, lamelleuses et micacées. Les papules du lichen planus sont plus petites, polygonales, rosées ou rougeâtres, déprimées au centre; leur desquamation n'est jamais comparable à celle du psoriasis. Cependant l'erreur peut être commise, et certaines plaques anciennes de lichen non traité ressemblent beaucoup à des plaques de psoriasis [1].

Les *papules syphilitiques* occupent de préférence la face, les pieds et les mains; elles sont arrondies, de coloration cuivrée, non déprimées au centre, non prurigineuses, bien différentes des papules du lichen planus qui sont polygonales, rouges ou rosées et ombiliquées [2]; quand l'éruption est circinée, le diagnostic est plus difficile; on cherchera alors une papule isolée, dont on pourra déterminer les caractères avec plus de précision. Enfin, dans certains cas douteux, il est nécessaire d'instituer le traitement spécifique et d'en attendre le résultat, pour établir définitivement le diagnostic.

La pigmentation qui succède aux plaques de lichen planus peut simuler une *syphilide pigmentaire*. On se rappellera que la syphilide pigmentaire primitive siège au cou, vingt-neuf fois sur trente, et figure une sorte de dentelle à larges mailles (Fournier); mais il est quelquefois impossible de distinguer la pigmentation du lichen des taches pigmentaires secondaires, qu'on observe à la suite des papules ou des tubercules syphilitiques; c'est seulement par la recherche attentive des antécédents qu'on pourra éviter l'erreur.

Pronostic. — Le lichen ruber acuminé est une affection grave, tellement grave que les quatorze premiers malades observés par Hébra ont tous succombé.

1. Voy. E. Besnier et Doyon. Notes de la trad. de Kaposi, *loc. cit.*, t. I, p. 532.
2. Voy. Lavergne, thèse citée, p. 94-95.

Le pronostic du lichen ruber plan est beaucoup plus favorable, car la guérison est la terminaison habituelle de la maladie. Cependant cette dermatose est toujours très rebelle, d'une durée très longue, et la forme cornée résiste souvent à tous les traitements.

Traitement. — L'arsenic est considéré par Hébra et par ses disciples comme le meilleur remède à opposer au lichen ruber. Il est même assez curieux de voir Hébra, l'adversaire déclaré de tout traitement interne dans l'eczéma et dans la plupart des dermatoses, recommander avec tant d'insistance la médication arsenicale dans le traitement du lichen ruber. Quoi qu'il en soit, cette médication serait tellement efficace, au dire de Kaposi, qu'elle permettrait de guérir avec certitude tous les malades atteints de lichen ruber.

Le traitement arsenical, tant vanté par l'école de Vienne contre le lichen acuminé, paraît donner aussi de bons résultats contre le lichen planus (Wilson, E. Besnier, A. Fournier [1]). Mais il est important de prescrire le médicament à hautes doses et d'en continuer longtemps l'usage. « Il faut, en augmentant progressivement les doses, faire prendre aux malades jusqu'à 50 et 60 gouttes de liqueur de Fowler, ou 2, 3, 4 centigrammes d'arséniate de soude par jour... Il est parfois nécessaire de prolonger ce traitement pendant plusieurs mois. » (Lavergne).

Cependant le traitement interne n'est pas toujours suffisant, et il produit parfois des accidents. C'est pourquoi E. Vidal donne la préférence au traitement local; il emploie le *glycérolé tartrique* au $\frac{1}{20^e}$ ou au $\frac{1}{30^e}$. On peut aussi, avec avantage, se servir de la pommade à l'acide pyrogallique (E. Besnier).

1. Voy. thèse de Lavergne, p. 98-99.

N. B. — Voir les planches chromolithographiées du lichen, à la fin du volume :

Planche VI, fig. 2;
Planche VII, fig. 1 et 2.

DEUXIÈME GENRE

STROPHULUS

Synonymes. — *Vulgó*, boutons, rougeurs, feux de dents.

Historique. — *Bateman* est le premier auteur qui consacre une description spéciale à cette affection. A l'exemple de Willan, il admet cinq variétés de strophulus : 1° le *s. intertinctus*, dans lequel les papules sont entremêlées de plaques rouges érythémateuses; 2° le *s. albidus*, caractérisé par des papules petites et blanchâtres, entourées d'une légère rougeur; 3° le *s. confertus*, dans lequel les papules sont très nombreuses et répandues sur de larges surfaces; 4° le *s. volaticus*, constitué par des groupes circulaires de papules, qui s'élèvent et se dessèchent successivement sur les différentes parties du corps; 5° le *s. candidus* caractérisé par de larges papules isolées, blanches, unies et brillantes, sans rougeur à leur base [1].

De tous les auteurs qui ont suivi Bateman, Rayer, Devergie, Hardy et Fox sont les seuls qui aient décrit le strophulus comme un genre à part. La plupart des autres dermatologistes ont rattaché cette affection au lichen.

Rayer et *Devergie* eux-mêmes, bien que consacrant un chapitre spécial au strophulus, considèrent cette éruption papuleuse, particulière aux enfants à la mamelle, comme une simple modification du lichen. Ils adoptent, néanmoins, l'un et l'autre, la division de Bateman, et reproduisent les variétés admises par l'auteur anglais [2].

Hardy donne le nom de *strophulus simple* au strophulus de Willan

1. Voy. Bateman, trad. Bertrand, *loc. cit.*, p. 26 et suivantes.
2. Voy. Rayer, *loc. cit.*, t. II, p. 46, 76 et suivantes. Devergie, *loc. cit.* p. 406.

et mentionne les principales variétés établies par Bateman, d'après les différents aspects de l'éruption. Il décrit, à la suite de ce strophulus simple, une autre affection, confondue à tort, d'après lui, avec le prurigo, et à laquelle il donne le nom de *strophulus prurigineux* [1]. Or, le strophulus prurigineux, d'après la description même de l'auteur, ressemble exactement au prurigo, particulièrement au prurigo chronique de Hébra, à celui qui sera décrit plus loin sous le nom de prurigo compliqué.

Tilbury Fox admet les variétés de Bateman, auxquelles il ajoute le strophulus prurigineux de Hardy [2].

Au contraire, à l'exemple de Lorry [3], *Cazenave* et *Schedel*, *Chausit*, *Gibert*, *Bazin*, *Er. Wilson*, *Neligan* et *Belcher* regardent le strophulus comme une espèce de lichen ou même comme une simple variété de lichen simplex [4].

L'école de Vienne ne reconnaît pas l'existence du strophulus. *Kaposi* mentionne à peine cette affection, dans les descriptions des hyperémies cutanées, comme une variété de roséole infantile [5]. D'après *Neumann*, les principales formes du strophulus de Willan ne sont que des variétés de l'eczéma papuleux ; le même auteur confond le strophulus albidus avec le *milium*, affection résultant d'une accumulation de sebum dans les glandes sébacées [6].

Duhring, enfin, identifie le strophulus avec le lichen scrofulosorum de Hebra [7].

Définition. — Cependant, le strophulus diffère de toutes les espèces de lichen par les caractères de ses papules, par sa marche et par les conditions dans lesquelles il se développe ; il diffère également des hyperémies cutanées simples par la nature et la forme de ses éléments éruptifs. Mais il paraît tenir à la fois des papules et des érythèmes, et doit constituer un genre à part, intermédiaire entre ces deux ordres de dermatoses.

On peut définir le strophulus : une éruption particulière à la pre-

1. Voy. Hardy. *Leçons sur les maladies de la peau*, 2e partie 1859, p. 71-73 et suivantes.
2. Voy. T. Fox, *loc. cit.*, p. 153.
3. Cité par Rayer, *loc. cit.*, t. II, p. 81.
4. Voy. ci-dessus, p. 537, 538, 539, 541, 542.
5. Voy. Kaposi, trad. Besnier et Doyon, *loc. cit.*, t. I, p. 160-161.
6. Voy. Neumann, *loc. cit.*, trad. Darin. p. 88-90.
7. Voy. Duhring, *loc. cit.*, trad. Barthélemy et Colson, p. 295.

mière enfance, caractérisée par des papules rouges ou blanches, prurigineuses, légèrement acuminées, distinctes les unes des autres, d'un volume variable et toujours d'une assez courte durée.

Symptômes. — L'éruption se montre quelquefois d'emblée, chez des enfants en parfaite santé, mais, le plus souvent, elle est précédée ou accompagnée de quelques troubles gastro-intestinaux, d'un peu d'agitation et de malaise, et d'un léger mouvement fébrile.

Elle suit toujours une marche aiguë, mais se développe d'une manière successive, parfois intermittente. Tantôt elle occupe à la fois le tronc, les membres et la face, tantôt elle est limitée à une de ces parties, et la face est ordinairement son siège de prédilection.

Les papules ont le volume d'une tête d'épingle ou d'un gros grain de millet; elles s'accompagnent de vives démangeaisons qui portent les enfants à se gratter et même à s'écorcher; elles se recouvrent alors, secondairement, de petites croûtes jaunâtres ou brunâtres.

Ces papules, d'après leur aspect, leur coloration et leur arrangement, présentent plusieurs variétés qui peuvent exister séparément ou se trouver réunies et entremêlées sur le même sujet. Depuis Bateman, les auteurs admettent cinq variétés de strophulus : *intertinctus, confertus, volaticus, albidus, candidus.*

Les papules du *strophulus intertinctus* sont proéminentes, d'un rouge vif, éparses sur les joues, les avant-bras et la face dorsale des mains (Rayer), et entremêlés de tâches érythémateuses, non saillantes, d'une étendue variable.

Dans le *strophulus confertus*, les papules sont plus petites, plus saillantes, plus nombreuses, plus rapprochées les unes des autres, confluentes quoique toujours distinctes, moins rouges que dans la variété précédente. Elles forment des groupes irréguliers sur la face, sur le cou, sur le dos et les lombes, sur les membres supérieurs et inférieurs.

Le *strophulus volaticus* est caractérisé par des papules rouges, disposées en groupes arrondis, qui apparaissent successivement sur plusieurs points du corps. Chaque groupe se compose de six à dix papules (Rayer), dont la durée individuelle est très courte.

Les papules du *strophulus albidus* sont blanches, entourées d'une auréole rouge, isolées, petites et acuminées. Elles se montrent principalement sur la face, le cou et la poitrine (Rayer).

Celles du *strophulus candidus* sont blanches comme les précédentes,

mais d'un blanc plus mat et sans auréole rouge à leur base. Elles sont larges, aplaties et luisantes, « éparses à une grande distance les unes des autres, sur les lombes, les épaules et la partie supérieure des bras. » (Rayer).

Toutes ces papules se terminent par résolution ou par desquamation furfuracée, après quelques jours d'existence. Leur durée dépasse rarement quatre ou cinq jours, elle est même souvent beaucoup moindre (Hardy); mais, comme l'éruption se manifeste par poussées successives, la durée totale de la maladie peut être, exceptionnellement, de plusieurs semaines.

Etiologie. — Le strophulus affecte presque exclusivement les nouveau-nés et les enfants à la mamelle; il est très rare au-dessus de deux ans. Le plus souvent, il est sous la dépendance d'une inflammation gastro-intestinale, provoquée par une alimentation trop abondante ou de mauvaise qualité, ou par le travail de la dentition (Rayer). Malgré l'opinion contraire de Bazin, il ne paraît avoir rien de commun avec la scrofule.

Cette éruption est plus fréquente au printemps et pendant les chaleurs de l'été.

Diagnostic. — Le strophulus doit être distingué de la gale, de l'érythème papuleux, de la rougeole boutonneuse, du prurigo et du lichen simplex.

La *gale* diffère du strophulus par sa longue durée, par la complexité de ses lésions, par la présence des sillons acariens, par le siège primitif des papules sur les espaces interdigitaux et la face antérieure des poignets, par la généralisation progressive de l'éruption. La gale épargne toujours la face, tandis que le strophulus est fréquent dans cette région. Enfin la recherche des sarcoptes établira définitivement le diagnostic dans les cas douteux.

L'*érythème papuleux* se présente dans des conditions étiologiques spéciales, chez des rhumatisants; il est rare dans la première enfance. Ses papules sont plus volumineuses, plus discrètes et beaucoup moins prurigineuses que celles du strophulus.

Il faudrait bien peu d'attention pour confondre la *rougeole boutonneuse* avec le strophulus. La rougeole est un exanthème fébrile généralisé, précédé de prodromes caractéristiques, accompagné de symptômes généraux, et dont la marche ne ressemble pas à celle du strophulus.

Le *prurigo* est une affection chronique, de longue durée. Ses papules, lorsqu'elles sont intactes, sont à peu près de la même couleur que la peau voisine; très prurigineuses, elles sont facilement excoriées par le grattage et se recouvrent alors d'une croûtelle noirâtre, formée de sang desséché. Les papules du strophulus, au contraire, sont plus rouges ou plus blanches que la peau saine qui les entoure (Rayer); elles suivent toujours une marche aiguë, et, quand la durée de la maladie se prolonge, c'est que celle-ci est composée de plusieurs éruptions successives.

Le strophulus présente plus d'un point de ressemblance avec le *lichen simplex aigu;* mais le lichen vrai est exceptionnel à l'âge où le strophulus se manifeste. Les papules du lichen sont plus confluentes et généralement plus petites que celles du strophulus; cette dernière affection a moins de tendance à récidiver que le lichen.

Pronostic et traitement. — Le strophulus est une éruption passagère, dont le pronostic est absolument bénin.

Le plus souvent, cette affection n'exige pas d'autre traitement qu'une hygiène convenable. Il faut surveiller et régler l'alimentation de l'enfant, et éviter de l'exposer à une chaleur trop vive. Les démangeaisons pourront être calmées à l'aide de lotions d'eau tiède légèrement vinaigrée, ou par l'application de poudres inertes, telles que la poudre d'amidon ou celle de lycopode.

L'état des voies digestives nécessitera quelquefois l'administration d'un vomitif ou d'un purgatif.

TROISIÈME GENRE

PRURIGO

Étymologie. — De *pruritus*, prurit.

Synonymes. — Κνησμὸς grec. — *Pruritus.* — Morbus papulosus; Scabies sicca; scabies papulosa vel papuliformis; *prurigo*, Willan et Bateman, Alibert, Rayer, Cazenave et Schedel, Gibert, Bazin, Hardy, Hebra.

Historique

La plupart des anciens auteurs ont confondu le prurigo avec le lichen. Willan est le premier dermatologiste qui ait déterminé les caractères génériques de cette affection.

Pour *Bateman,* le prurigo est caractérisé par « une démangeaison forte, accompagnée d'une éruption de boutons de la même couleur, à peu près, que l'épiderme environnant[1]. » Cette éruption présente trois variétés : le *prurigo mitis*, le *prurigo formicans*, qui diffère de la variété précédente « par la ténacité et l'intensité de ses symptômes », et le *prurigo senilis*. Bateman décrit de plus, comme formes locales : le *prurigo præputii;* le *prurigo pubis*, produit par la présence des morpions; le *prurigo urethralis* « qui est ordinairement sympathique de quelque maladie située autour du col de la vessie, ou de la présence de quelque calcul dans cet organe » ; le *prurigo podicis* (prurigo anal), « qui peut s'étendre sur le scrotum, principalement chez les vieillards », et le *prurigo pudendi muliebris*, « qui siège autour des lèvres et de l'orifice du vagin ».

1. Bateman, *loc. cit.*, trad. Bertrand, p. 41.

Alibert distingue quatre espèces de prurigo : 1° le prurigo lichenoïde o urfurant, qui est le lichen des autres dermatologistes; 2° le pruri rmicant qui est le prurigo véritable; 3° le prurigo pédiculaire e prurigo latent, caractérisé par des démangeaisons sans pann

écrit les trois variétés principales de prurigo : *mitis*, *formicans*, *senilis*, et comme *variétés locales*, le *prurigo podicis*, le *prurigo scro* et le *prurigo pudendi muliebris* [2].

ze e et *Schedel* admettent également les trois variétés décrites par : *prurigo mitis*, *prurigo formicans* et *prurigo senilis*. Cependant ils reconnaissent que ux premières variétés ne diffèrent que par le plus ou moins d'i de l'éruption. Quant au prurigo senilis, c'est le plus souvent *go pédiculaire*. Parmi les variétés locales, Cazenave et Schedel nnent seulement le *prurigo des parties génitales*, chez l'homn hez la femme, et le prurigo de l'anus ou *pi*

Gibert déc rurigo et mentionne ses principales variétés *m* ui se montre particulièrement au printem *prurigo formicans*, variété tenace, suj a se r, qui attaque de préférence les a papules excitent un prurit intolérable; le *prurigo senilis*, souvent compliqué de la présence de poux; et le *prurigo partiel*.

Le prurigo partiel n'offre pas toujours les papules caractéristiques de la maladie; « dans quelques cas, il n'y a d'autre symptôme apparent que la démangeaison et les conséquences accidentelles qu'elle entraîne; ce n'est que par une analogie, d'ailleurs très fondée, qu'on a donné à cette affection le nom de prurigo. » Ce prurigo partiel occupe surtout les parties génitales et l'anus (*prurigo scroti*, *præputii*, *pudendi muliebris*, *podicis*) [4].

Chausit décrit le prurigo comme une forme d'hyperesthésie cutanée, comme une névrose idiopathique de la peau, dont la lésion siège dans le corps papillaire. — « Cazenave, dit-il, après avoir considéré le prurigo comme une éruption papuleuse, a modifié depuis son opinion et

1. V. Alibert, *Monographie des dermatoses*, p. 699 et suivantes.
2. V. Rayer, *loc. cit.* t. II p. 84-89.
3. V. Cazenave et Schedel, *loc. cit.*, p. 307-312 et suivantes.
4. V. Gibert, *loc. cit.*, p. 360-363.

en a fait une hyperesthésie de la peau. » Chausit admet néanmoins les trois variétés, *mitis, formicans* et *senilis*, qui ne diffèrent entre elles que par le degré d'intensité et de chronicité de la maladie. Mais il regarde le *prurigo local*, de l'anus et des parties génitales, comme un prurit simple, sans papules, et il le sépare du prurigo proprement dit. Il établit une distinction très tranchée entre le *prurigo* et le *prurit* [1].

Pour *Devergie* [2] il existe deux formes de prurigo : le prurigo avec papules et le prurigo sans papules. Cet auteur attache fort peu d'importance aux trois variétés de prurigo papuleux, *mitis, formicans* et *senilis*, qui ne diffèrent que par l'intensité de la maladie, et dans lesquelles la forme morbide est, à peu de chose près, la même. Il distingue le *prurigo pédiculaire*, « dans lequel les poux, ne sont, pour ainsi dire, qu'une complication ou un accident », de la maladie pédiculaire, « qui a, au contraire, son évolution, sa forme morbide toute différente de celle du prurigo ».

Après avoir donné une bonne description du prurigo papuleux, Devergie insiste particulièrement sur le *prurigo sans papules*. Ce prurigo *spécial* peut être général ou partiel. Quand il est *général*, on l'observe surtout à un âge assez avancé de la vie, et il semble parfois sous la dépendance de lésions chroniques du foie; Devergie rapporte des observations qui démontrent très nettement la liaison de ce prurigo avec l'ictère. Mais le prurigo sans papules est le plus souvent *local* ou *partiel*, et c'est à lui que Devergie rapporte le *prurigo podicis*, le *p. pudendi muliebris*, le *p. scroti* et le *p. plantaris*.

Bazin [3] envisage le prurigo à deux points de vue différents : comme genre, il le place à côté du lichen dans l'ordre des papules; comme espèce, il lui reconnaît des causes multiples. Tantôt, en effet, le prurigo est de *cause externe*, artificiel ou parasitaire (gale et pédiculi); tantôt il est *pathogénétique;* tantôt il est de *cause interne*, soit scrofuleux (prurigo mitis), soit arthritique (prurigo partiel), soit herpétique (prurigo formicans). Chacune de ces variétés présente des indications thérapeutiques spéciales en rapport avec la cause qui lui a donné naissance.

Hardy [4] décrit, suivant l'intensité de l'éruption, un prurigo *mitis* et

1. V. Chausit, *loc cit.*, p. 355-359-361 et suivantes.
2. V. Devergie, *loc. cit.*, p. 408. 409-415. 417 et suivantes.
3. V. Bazin, *Affect. Géner. de la peau*. Vol. II, 1865, p. 133-140 et suivantes.
4. V. Hardy, *Leçons sur les mal. de la peau*. 2e partie, recueillies par Al. Garnier, 1859, p. 78 et suivantes.

un prurigo *formicans*. Mais pour lui, le prurigo n'étant jamais idiopathique, il faut toujours rechercher la cause qui lui a donné naissance. Le plus souvent, le prurigo est symptomatique d'une affection parasitaire, soit la gale, soit la phthiriase; quelquefois il est lié au strophulus ou dépend d'une névrose de la peau.

Hardy admet donc les espèces suivantes : 1° le *prurigo de la gale*, qui occupe surtout l'abdomen, la face interne et antérieure des cuisses, la face externe des membres supérieurs; 2° le *prurigo pédiculaire*, qui siège de préférence à la nuque, sur le dos et sur les épaules; 3° le *prurigo lié au strophulus* et caractérisant le strophulus prurigineux [1], qu'on observe sur les membres supérieurs, sur le tronc, sur le cou et même sur la figure; 4° le *prurigo lié à une névrose de la peau*, qui paraît être sous l'influence d'une hyperesthésie cutanée spéciale; c'est à cette variété que M. Hardy rattache le prurigo qui accompagne quelquefois l'ictère, et qui paraît dû au passage dans le sang des éléments de la bile.

M. Hardy admet aussi plusieurs variétés de prurigo circonscrit, dans lequel les papules sont fort rares (prurigo latent d'Alibert) : le *prurigo plantaris*, le *prurigo podicis* et le prurigo des parties génitales (*scroti* et *pudendi muliebris*). Cette dernière forme est ordinairement dépourvue de papules, et le nom de *prurit* lui conviendrait beaucoup mieux que celui de prurigo.

Hebra [2] proteste avec force contre la confusion du *prurit* et du *prurigo*. D'après lui, on a confondu, sous le nom de prurigo; des affections bien différentes : 1° le *prurigo vrai* correspondant au *prurigo mitis* et *formicans* de Willan; 2° l'irritation de la peau qu'on observe dans la vieillesse, sans modification cutanée appréciable (*prurigo senilis*); 3° le prurit symptomatique de la dyspepsie, de l'albuminurie, de l'ictère, de l'aménorrhée, des affections de la vessie et des ovaires, prurit qui comprend tous les *prurigos localisés* (*podicis*, *plantarum*, *genitalium*); 4° les démangeaisons occasionnées par la présence des poux (*p. pedicularis*).

Or, de ces quatre affections, la première seule mérite le nom de prurigo (*prurigo mitis* et *formicans* de Willan). Le prurigo senilis et les prurigos localisés, sans papules, doivent être réunis sous la dénomination commune de *pruritus cutaneus* [3]. Le prurigo pédiculaire est

1. V. ci-dessus, p. 571.
2. V. Hébra, *loc. cit.*, trad. Doyon, t. I, p. 684-685.
3. V. Hébra, trad. Doyon, t. II, p. 723.

également un *prurit* et appartient à la phthiriase [1]. « Il faut restreindre le mot prurigo à l'affection dans laquelle la démangeaison est précédée par une éruption de papules. »

Neumann [2] et *Kaposi* [3] n'admettent que le prurigo décrit par Hebra et qui présente une forme légère (*prurigo mitis*), et une forme grave (*prurigo agria*). Ils séparent complètement du prurigo les différentes espèces de *prurit cutané* et les démangeaisons déterminées par la phthiriase (prurigo pédiculaire).

Erasmus Wilson place le prurigo dans les *affections nerveuses de la peau* (*nervous* [4] ou *neuropathic* [5] *affections*), à côté de l'hyperesthésie, de l'anesthésie et du prurit. Il considère toutes les variétés de prurigo localisé (*ani*, *scroti*, *præputii*, *urethræ*, *pudendalis*), comme des formes de prurit, et définit le prurigo vrai : un prurit accompagné d'altérations dans la structure de la peau [6]. Il admet deux variétés de prurigo : le *prurigo vulgaris* et le *prurigo senilis*, qui répond aussi au prurigo formicans de Willan.

Tilbury Fox décrit deux formes de prurigo : le *prurigo mitis* et le *prurigo ferox or agria* (prurigo de Hebra) [7]. Il distingue du prurigo l'affection pédiculaire ou la phthiriase, le prurit localisé (*ani*, *præputii*, *pudendi*), et le prurit sénile [8]. Ces deux dernières affections sont rangées parmi les névroses de la peau (neuroses of the skin), tandis que le prurigo vrai est une éruption papuleuse (*plastic or papular inflammation*).

Neligan et *Belcher* [9] admettent deux espèces de prurigo : 1° le *p. vulgaris* comprenant le p. mitis et le p. formicans de Willan; 2° le *p. senilis*. Ils consacrent ensuite quelques lignes au prurigo pédiculaire (*phthiriasis*) et décrivent les prurigos localisés comme des variétés de prurigo vulgaris (prurigo scroti, pudendi, podicis, etc.)

Duhring [10] ne décrit que le prurigo chronique de Hebra, qui, d'après

1. V. Hébra, *loc. cit.*, t. II, p. 910.
2. V. Neumann, *loc. cit.*, trad. Darin, p. 283 et suivantes.
3. V. Kaposi, *loc. cit.*, trad. Besnier et Doyon, t. II, p. 1 et suivantes.
4. V. Erasmus Wilson, *Student's Book of Cutaneous medicine*, London, 1864. t. I, p. 213 et suivantes.
5. V. Er. Wilson, *Lectures on Dermatology*, London 1871, p. 106 et 107.
6. *Prurigo is a pruritus associated with an organic change in the tissues of the skin* (*Lectures on Dermatology*).
7. V. T. Fox, *Skin Diseases*, third edition 1873. p. 156-157.
8. V. T. Fox, *loc. cit.*, p. 160 et 396.
9. V. Neligan et Belcher (de Dublin), *loc. cit.*, p. 232 et suivantes.
10. V. Duhring, *loc. cit.*, trad. française de Barthélemy et Colson, p. 290.

lui, est la même maladie que le *strophulus prurigineux* de Hard et la *scrofulide boutonneuse bénigne* de Bazin.

Définition.

Le prurigo est une dermatose inflammatoire chronique, caractérisée par une éruption de papules aplaties, isolées, peu saillantes, grosses comme des grains de millet ou des grains de chènevis, de la même couleur que le reste de la peau ou d'un rouge très pâle, accompagnées d'un prurit extrêmement violent, et couronnées à leur sommet d'une petite croûte de sang desséché, provenant des excoriations déterminées par le grattage.

L'éruption papuleuse primitive se complique quelquefois de phénomènes inflammatoires secondaires très intenses et de la production de pustules ou de vésicules, simulant l'ecthyma, l'impétigo ou l'eczéma. C'est ce *prurigo compliqué* qui a été particulièrement décrit par Hebra.

Enfin, dans certains cas, les papules sont tellement rares, tellement petites qu'elles peuvent passer inaperçues; elles paraissent même parfois faire complètement défaut; la peau est seulement sèche, rude et âpre au toucher, rugueuse et comme tannée (Devergie). Dans ces cas-là, il n'y a aucun rapport entre la lésion cutanée apparente et la violence de la démangeaison. C'est à cette forme de prurigo qu'on a donné les noms de prurigo latent (Alibert), ou de *prurigo sans papules* (Devergie); Hebra, après Chausit, l'élève de Cazenave, l'appelle *pruritus cutaneus* et ne veut pas la reconnaître pour un prurigo. Mais, en raison de la grande analogie symptomatique de ce prurit cutané et du prurigo papuleux, il nous semble impossible de séparer les deux affections l'une de l'autre.

Nous décrirons donc trois formes de prurigo : le *prurigo simple*, le *prurigo compliqué* et le *prurigo sans papules*.

Description.

I. **Prurigo simple.** — L'éruption papuleuse du prurigo apparaît quelquefois d'emblée, sans aucun phénomène précurseur; le plus souvent cependant, elle est précédée de démangeaisons.

Les papules, plus larges que celles du lichen, sont aplaties, parfois

si peu proéminentes que l'œil les aperçoit difficilement, mais le doigt, promené à la surface de la peau, constate aisément leur existence et éprouve une sensation de rudesse et d'aspérité particulières.

Ces papules sont d'un rose pâle ou de la même couleur que le reste de la peau et provoquent des démangeaisons plus ou moins intenses. Tantôt le prurit, quoique très vif, est supportable (*prurigo mitis*); tantôt il est d'une violence extrême et caractérise le *prurigo formicans*. Alibert a employé toutes les comparaisons de son langage pittoresque pour exprimer les tortures des malheureux atteints de prurigo formicant. Les uns croient sentir une multitude d'insectes courir sur leur peau; les autres s'imaginent être piqués par d'innombrables épingles; d'autres éprouvent des sensations brûlantes, comme s'ils étaient exposés à un feu ardent. Ces démangeaisons sont exaspérées par le repos au lit, pendant la nuit, par la chaleur, par le frottement le plus léger des vêtements. Les malades éprouvent des souffrances qu'aucune description ne peut rendre, et se grattent avec une sorte de furie. Ils se déchirent la peau avec leurs ongles, avec des brosses et avec les objets les plus durs et les plus rugueux.

Les papules, excoriées par le grattage, se recouvrent d'une croutelle noirâtre, formée de sang desséché; c'est sous cet aspect que se présente habituellement l'éruption à sa période d'état.

Ces papules sont d'ailleurs parfaitement isolées, distinctes les unes des autres. Elles sont localisées sur une région ou disséminées sur toute la surface du corps; mais leur distribution est toujours irrégulière; elles occupent de préférence les épaules, le dos, les lombes et les membres du côté de l'extension [1]; rarement elles se montrent sur la face.

Quand l'éruption a duré un certain temps, la peau s'indure et s'épaissit, devient rugueuse, et l'épiderme s'exfolie sous forme d'une fine poussière farineuse. Le grattage et l'irritation continue de la peau déterminent des dépôts pigmentaires, qui se présentent sous forme de taches brunâtres, correspondant par leur siège aux excoriations cutanées. Cette pigmentation, signalée par tous les auteurs, subsiste quelquefois longtemps après que les papules se sont affaissées, comme une trace persistante de l'éruption prurigineuse.

1. Hébra fait remarquer avec raison que le prurigo épargne toujours les plis articulaires. La peau des aisselles, des plis des coudes, des aines, des jarrets, etc., reste unie, lisse et douce au toucher. (V. Hébra, *loc. cit.*, trad. Doyon, I, p. 689.)

Le prurigo suit toujours une *marche chronique;* mais il est sujet à des rémissions momentanées et relatives, et à des exacerbations qui présentent un certain caractère d'acuité. C'est à la suite de fatigues, d'excès de travail ou de table, d'émotions vives, de variations de température que ces paroxysmes se manifestent et que le prurit devient excessif.

La durée de cette affection est ordinairement très longue, quelquefois indéfinie. Chez certains malades, l'éruption est, en quelque sorte intermittente; « elle se montre pendant une partie de l'année, disparaît et se développe de nouveau à la même époque de l'année suivante [1] » (Bazin).

II. Prurigo compliqué. — (*Prurigo agria* seu *ferox* de Hébra) [2]. — Cette forme est caractérisée non seulement par l'intensité de la démangeaison, par la généralisation et par la ténacité de l'éruption, par le volume plus considérable et par le plus grand nombre des papules, mais encore par l'apparition de lésions cutanées secondaires, qui viennent compliquer l'affection papuleuse primitive.

La peau, épaisse, dure et rugueuse, comme dans la forme précédente, se couvre de plus, sur certains points, de vésicules, de pustules et de squames. Les vésicules sont groupées sur des surfaces rouges plus ou moins étendues et simulent un eczema rubrum. Dans certains cas, le contenu de quelques-unes de ces vésicules devient purulent, ou bien des pustules plus ou moins nombreuses se développent d'emblée, mêlées aux papules, et cette éruption pustuleuse donne naissance à des croûtes épaisses, dures ou friables, brunes ou jaunâtres, qui ressemblent tantôt à celles de l'ecthyma, tantôt à celles de l'impétigo. On peut observer aussi, sur la pigmentation brune de la peau, entre les petites croûtes noires de sang desséché, une desquamation épidermique abondante, qui rappelle l'aspect du pityriasis ou de l'ichthyose (Hebra).

Dans d'autres circonstances, ces lésions secondaires sont plus pro-

1. V. Bazin, *Leçons sur les affect. génér. de la peau.* vol. II, recueil. p. Guérard. 1865, p. 123.

V. également *Devergie, loc. cit.*, p. 413.

2. Notre prurigo compliqué répond au type connu sous le nom de *prurigo chronique de Hébra.* Mais c'est à tort qu'on a attribué à Hébra le mérite d'avoir distingué cette forme de prurigo, car elle a été décrite ou au moins indiquée très nettement par Rayer (*loc. cit.*, t. II. p. 87); par Cazenave et Schedel (*loc. cit.*, p. 308-309); par Gibert (*loc. cit.*, t. I. p. 361), par Bazin (*loc. sup. cit.*, p. 120 et 123). C'est le strophulus prurigineux de Hardy.

fondes et plus graves. On voit survenir accidentellement, à la suite des démangeaisons et du grattage, et sous l'influence de l'irritation dont les téguments sont le siège, des furoncles et même des abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané (Cazenave et Schedel, Gibert).

Ces lésions secondaires sont toujours plus considérables aux membres inférieurs, car c'est là aussi que l'éruption prurigineuse atteint sa plus grande intensité. L'inflammation de la peau peut alors se propager aux lymphatiques et provoquer la tuméfaction des ganglions inguinaux. Cette complication est rare, à la vérité, mais elle a été signalée par Hébra, qui propose même de donner aux ganglions engorgés dans ces conditions le nom de « Bubons du prurigo [1] ».

De telles complications n'existent pas sans une altération profonde de la santé générale. Les malades atteints de ce prurigo grave sont pâles et amaigris, épuisés par les démangeaisons et par l'insomnie, auxquelles s'ajoutent de temps en temps des symptômes fébriles, déterminés par les éruptions pustuleuses ou furonculeuses et par les suppurations cutanées accidentelles.

Le prurigo compliqué est particulièrement rebelle. Il existe souvent dès l'enfance et se prolonge parfois pendant toute la durée de l'existence. Mais sa marche n'est pas continue; ordinairement il subit une rémission pendant l'été, pour acquérir une nouvelle intensité tous les hivers (Hébra, Kaposi).

III. **Prurigo sans papules** [Devergie]. (*Prurigo latent* d'Alibert, *Prurit cutané* de Gintrac [2], de Chausit [3] et de Hébra [4]). — Dans cette forme, la démangeaison est, pour ainsi dire, l'unique symptôme, mais elle est plus violente que dans toutes les variétés de prurigo papuleux. Les papules font parfois complètement défaut; ou bien elles sont si rares, si petites, si peu saillantes que leur existence peut être mise en doute; et, dans tous les cas, leur petit nombre et leur exiguité sont incapables de justifier l'intensité du prurit.

Ce prurigo latent ou prurit peut être général ou partiel.

Le *prurit généralisé* est plus rare que le prurit partiel. Il s'établit progressivement et se manifeste avec une intensité graduelle. Ordinairement, les démangeaisons apparaissent par accès, dans l'intervalle

1. V. Hébra, trad. Doyon, *loc. cit.*, t. I, p. 689-690.
2. Bazin. *Leçons sur les affect. génér. de la peau*, recueillies par Guérard, 2e vol., 1865, p. 139.
3. V. Chausit, *loc. cit.*, p. 357.
4. V. Hébra, *loc. cit.*, trad. Doyon, t. II, p. 723.

desquels l'irritation cutanée est à peine sensible. Ces accès, qui se renouvellent plusieurs fois par jour, sont déterminés soit par une émotion morale, la colère, l'impatience ou la crainte, soit par une trop grande assiduité à un travail intellectuel quelconque, soit par une variation de température. Ils sont quelquefois périodiques et reparaissent tous les jours à la même heure (Cazenave, Chausit). Mais c'est surtout le soir et la nuit, pendant le repos au lit, que les attaques les plus douloureuses se produisent. Le prurit débute par un point du corps, par la ceinture, par les épaules, par les jambes, et s'étend bientôt à toute la surface cutanée. Les malades se grattent avec fureur, et rien ne peut calmer le feu qui les dévore. Alibert et Devergie [1] ont rapporté des observations qui montrent bien quel est le supplice intolérable des malheureux atteints de prurigo latent ou prurigo sans papules. Quelquefois le prurit est continu et permanent ; la sensibilité de la peau est telle que le simple contact des vêtements ne peut plus être supporté. Ces souffrances continuelles produisent l'insomnie, l'amaigrissement, la mélancolie, et peuvent conduire à des idées de suicide.

La peau malade, qu'elle présente ou non quelques rares papules disséminées et de petites dimensions, est pâle, terne, sèche, dure et rugueuse. Elle est quelquefois tellement endurcie que, malgré des grattages violents et réitérés, l'épiderme est à peine éraillé, et les excoriations sanguinolentes, si caractéristiques du prurigo papuleux, sont ici beaucoup moins marquées. Souvent même, à la suite des plus véhéments accès de prurit, la peau ne conserve presque aucune trace de grattage (Devergie). Dans certains cas cependant, ces lésions de grattage existent, sous forme de traînées rougeâtres, de croûtes linéaires anciennes ou récentes et de dépôts pigmentaires irréguliers, d'une coloration plus ou moins foncée.

Le *prurit partiel*, généralement connu sous le nom de *prurigo localisé*, est plus fréquent que le prurigo sans papules généralisé. Il occupe surtout les parties génitales de l'un et de l'autre sexe et l'anus ; plus rarement on l'observe à la plante des pieds et à la paume des mains ; il est exceptionnel sur d'autres régions.

Le prurigo de l'anus ou *prurigo podicis* naît au pourtour de l'anus,

1. Alibert cite notamment l'observation d'une jeune religieuse Carmélite, dont l'ardeur prurigineuse était telle pendant la nuit, qu'elle était obligée de se coucher à nu sur le carreau de sa chambre, pour trouver quelque soulagement. (V. *Monographie des dermatoses* p. 708.)

V. Devergie, *loc. cit.*, p. 419-420-422.

mais, à la longue, il peut s'étendre peu à peu à la partie inférieure de la muqueuse rectale, et, d'autre part, se propager en arrière le long du raphé médian jusqu'au coccyx, ou, en avant, envahir le périnée, et, chez les femmes, la partie postérieure des grandes lèvres.

Ce prurigo détermine des démangeaisons excessives, et cependant c'est à peine si l'on aperçoit çà et là quelques rares papules sur la peau affectée; souvent même toute trace d'éruption fait absolument défaut. La peau de l'anus est parfois blanchâtre, lisse, douce, onctueuse, semblable à une muqueuse (Devergie); dans d'autres cas, elle est boursouflée, sillonnée d'excoriations et de déchirures linéaires produites par le grattage.

Les démangeaisons sont continuelles ou intermittentes. Elles sont exaspérées ou provoquées par le frottement des parties pendant la marche, par la défécation, par le repos au lit; c'est surtout la nuit que les exacerbations les plus violentes se manifestent. Quelquefois les malades ne peuvent même pas rester assis pendant de courts instants, sans éprouver à l'anus le prurit le plus cuisant [1]. Ces démangeaisons incessantes finissent par causer un véritable supplice; elles peuvent affecter le moral, surtout chez les femmes qui n'osent pas avouer leur maladie.

Le *prurigo des parties génitales, chez la femme* (p. pudendi muliebris), occupe la partie supérieure des grandes lèvres, le pubis et la région clitoridienne. Les démangeaisons qu'il détermine ont des conséquences plus graves encore que celles du prurigo podicis, à cause de l'excitabilité spéciale des organes génitaux externes. Ce prurit localisé éveille, en effet, des désirs érotiques et conduit certaines femmes à l'onanisme et à la nymphomanie; il est d'autant plus pénible que les frottements répétés et les sensations vénériennes, au lieu de calmer l'excitation génésique, ne font que l'accroître, et la satisfaction d'un premier désir réveille chez les malades la passion violente de nouvelles approches ou de nouveaux attouchements.

C'est pendant la nuit principalement que surviennent les accès de prurit, et le grattage le plus effréné, les frottements les plus rudes sont impuissants à l'apaiser. Les malades sont tourmentées par une ardeur brûlante, que les applications d'eau froide et la glace elle-même ne

1. Devergie rapporte le cas d'un jeune magistrat qui ne pouvait plus siéger à l'audience, obligé qu'il était de se déplacer continuellement de droite et de gauche sur son siège (V. *loc. cit.*, p. 425.)

peuvent éteindre. Parfois ces démangeaisons atroces ébranlent tellement le système nerveux qu'elles provoquent des crises convulsives hystériques.

Si l'on examine la région malade, on voit que la peau de la vulve est dure et rugueuse, et présente parfois de petites élevures papuleuses qui rendent sa surface inégale. Les grandes lèvres sont épaissies, noirâtres, plus pigmentées qu'à l'état normal et souvent couvertes d'excoriations. A la longue, l'inflammation chronique ou l'hyperémie persistante se propage de la vulve au vagin, dont la muqueuse devient rouge, chaude, douloureuse et prurigineuse, et secrète, comme dans toutes les vaginites, un muco-pus plus ou moins abondant.

Chez l'homme, le prurigo des parties génitales est plus rare que chez la femme. Il occupe de préférence le scrotum (prurigo scroti) et se propage souvent au périnée. La peau des bourses est rouge, dure et âpre au toucher; elle présente quelques rares papules et des excoriations produites par le grattage. Les démangeaisons sont aussi vives que dans les formes précédentes.

Le prurigo localisé peut encore siéger sur d'autres régions, notamment à la plante des pieds, où il se manifeste avec les mêmes caractères et occasionne le même prurit intolérable et les mêmes souffrances qu'aux organes génitaux et à l'anus. Ce *prurigo plantaris* a été décrit pour la première fois par Alibert, dans des termes aussi exacts que frappants.

Enfin Duhring a signalé, sous le nom de *pruritus hiemalis* [1], une forme de prurigo sans papules qui survient au moment de l'automne et qui peut reparaître tous les ans dans la même saison. Ce prurigo se limite le plus souvent aux membres inférieurs, spécialement du côté de la flexion. Les accès de prurit se manifestent le soir, au moment où le malade se met au lit, et durent pendant quelques heures. Cette affection, qui augmente avec le froid de l'hiver, cesse dès que la belle saison apparaît, pour se reproduire de nouveau l'automne suivant.

Le prurigo sans papules, et particulièrement le prurigo localisé, quelle que soit la région qu'il occupe, est d'une ténacité désespérante. Les démangeaisons sont souvent rebelles à tout traitement et peuvent persister pendant des mois et des années.

1. V. Duhring, *loc. cit.*, trad. Barthélemy et Colson. p. 701.

Le prurigo, sous l'une quelconque de ses formes, ne tarde pas à provoquer des désordres généraux plus ou moins graves. Epuisés par les insomnies que provoque un prurit continuel, obligés de vivre à l'écart à cause de leur besoin incessant de se gratter, les malades perdent l'appétit, maigrissent et deviennent tristes. Quelques-uns finissent par s'affaiblir jusqu'à tomber dans le marasme; d'autres se découragent, et le dégoût de la vie les conduit parfois au suicide. Mais il faut reconnaître que de tels accidents sont rares, et le plus souvent, malgré les tourments inconcevables qu'il cause, le prurigo est compatible avec l'existence.

Anatomie pathologique.

Les recherches de Hebra [1], de Derby, de Neumann [2], de Gay, de Kaposi [3], etc., ont montré que la papule du prurigo ne différait pas, par sa structure, de celle du lichen simple (eczéma papuleux de l'école de Vienne). Chaque papule est produite par une prolifération cellulaire localisée dans un groupe de papilles, accompagnée d'une exsudation séreuse peu abondante. Les papilles sont hypertrophiées et soulèvent irrégulièrement l'épiderme; dans les cas de prurigo chronique ancien, l'inflammation se propage au derme qui est épaissi, infiltré d'éléments embryonnaires, et dont la trame est plus dense et plus serrée qu'à l'état normal; les vaisseaux du derme et des papilles sont dilatés. Ces lésions sont celles de toute inflammation chronique de la peau, et notamment de l'eczéma ou du lichen chroniques.

Le corps muqueux de Malphigi est affecté secondairement; les cellules de sa couche profonde prolifèrent; la pigmentation augmente par places, et on trouve des dépôts de pigment disséminés jusque dans le chorion (Kaposi). D'après Neumann, les cellules dentelées de l'épiderme se développent d'une façon remarquable, augmentent de nombre et de volume. On observe même, à la longue, des lésions des follicules pileux, des glandes sébacées et sudoripares.

Mais aucune de ces lésions n'explique l'intensité particulière du prurit. Hebra attribue la sensation prurigineuse à l'irritation des nerfs tactiles des papilles par le blastème exsudé. Cette explication est insuffisante, car les autres dermatoses exsudatives, et même celles

1. V. Hebra, *loc. cit.*, trad. Doyon, t. I, p. 693.
2. V. Neumann, *loc. cit.*, trad. p. 286.
3. V. Kaposi *loc. cit.*, trad. Besnier et Doyon, t. II, p. 8.

qui sont accompagnées d'une exosmose vasculaire plus considérable, ne provoquent pas des démangeaisons aussi vives. Bazin, dans la description du prurigo [1], insiste beaucoup sur « le défaut habituel de rapport qui existe entre le prurit et les lésions locales. Il s'agit là bien évidemment, dit-il, de deux phénomènes parfaitement distincts, et qui conservent, en s'associant, une complète indépendance. » Cazenave, de son côté, avant Bazin, avait considéré le prurigo comme une névrose de la peau, pensant bien, qu'il y avait, dans cette affection, quelque chose de plus qu'une éruption de papules. L'opinion de Cazenave et de Bazin, à mon avis, se rapproche plus de la vérité que celle de Hebra; la cause du prurit spécial du prurigo nous échappe; mais certainement ce prurit n'est pas exclusivement produit par les papules, car son intensité n'est nullement proportionnée au nombre et au volume des éléments éruptifs.

Etiologie.

Le prurigo papuleux débute ordinairement dans l'enfance ou dans la jeunesse. Au contraire, le prurigo sans papules est une affection de l'âge mûr et de la vieillesse; c'est à lui qu'il faut rapporter le *prurigo senilis* ou prurit sénile.

Le prurigo paraît plus fréquent chez l'homme que chez la femme (Devergie, Hébra).

Il est souvent engendré par la misère et par la malpropreté; aussi est-il plus commun dans la classe pauvre que chez les riches.

Mais, dans la généralité des cas, quoi qu'en ait dit Hebra, cette dermatose est sous la dépendance d'une cause interne; le lymphatisme ou la scrofule et l'arthritisme sont ses deux causes constitutionnelles les plus certaines.

L'origine diathésique du prurigo explique pourquoi cette affection est parfois héréditaire. Il n'est pas rare de la voir se manifester chez plusieurs membres d'une même famille (Devergie, Kaposi).

A côté de ce prurigo en quelque sorte *idiopathique*, il existe un prurigo secondaire ou *symptomatique*, qu'on peut voir se développer dans le cours de certaines maladies générales ou de lésions organiques diverses.

1. V. Bazin, *Affect. génér. de la peau*, rec. par Guérard, 2e vol. 1865, p. 121.

C'est dans l'ictère que le prurigo symptomatique est le plus fréquent. Ce prurigo hépatique, comme on l'appelle quelquefois, attribué hypothétiquement par les auteurs à l'irritation des nerfs des papilles par les acides biliaires, a été longuement décrit par Devergie. Il est caractérisé par des démangeaisons extrêmement vives et quelques rares papules très petites; souvent même, l'éruption fait complètement défaut, et le prurit n'en est que plus violent [1].

Le même prurigo sans papules ou prurit cutané peut reconnaître également pour causes, quoique plus rarement, la maladie de Bright, le diabète sucré, la dyspepsie d'origine arthritique [2], les affections de l'utérus, particulièrement l'aménorrhée, et des tumeurs abdominales de nature diverse (Devergie).

Le prurigo localisé ou partiel est le plus souvent une manifestation diathésique. Parfois cependant il est sous la dépendance d'une lésion locale ou d'une cause accidentelle ; c'est ainsi que le prurigo podicis peut être provoqué par la présence d'hémorrhoïdes, que le prurigo de la vulve est quelquefois lié à la grossesse et disparaît après la délivrance.

D'autres causes diverses et spéciales déterminent aussi, dans certains cas, ces formes locales du prurigo. Le prurigo vulvaire est fréquent au moment de la ménopause. Le prurigo du périnée et de l'anus n'est pas rare chez les phthisiques ou chez les individus prédisposés à la phthisie pulmonaire, suivant la juste remarque de Devergie [3].

Existe-t-il un véritable prurigo pathogénétique? En d'autres termes, les excès alcooliques, une alimentation de mauvaise qualité ou une nourriture trop excitante peuvent-ils, à eux seuls, produire le prurigo? Rien n'est moins probable. Il est vrai que le prurigo naît plus volontiers chez les enfants misérables et mal nourris; que, chez les adultes, c'est parfois à la suite d'excès alcooliques que la maladie se déclare; mais, chez les uns et chez les autres, l'origine première de la dermatose doit être cherchée dans un vice humoral constitutionnel, latent jusque-là. Cependant, l'influence de l'alimentation et des abus alcooliques se fait sentir dans le cours de la maladie, et c'est à ces causes

1. V. Devergie, *loc. cit.*, p. 418 et suivantes.
2. Le prurigo qui accompagne certaines dyspepsies est très vraisemblablement produit non par la dyspepsie, mais par la même cause constitutionnelle qui a donné naissance à la dyspepsie elle-même.
3. V. Devergie, *loc. cit.*, p. 425. — Devergie se demandait même s'il n'était pas dangereux, chez ces malades, de chercher à guérir le prurigo.

momentanément ; mais l'affection récidive au bout d'un certain temps, et se prolonge, avec des rémissions et des exacerbations successives, pendant de nombreuses années et quelquefois même pendant la vie tout entière.

Le *prurigo des vieillards*, qui appartient ordinairement à la variété sans papules, est souvent incurable et ne se termine qu'avec l'existence.

Le *prurigo symptomatique* est toujours beaucoup moins grave, non que la thérapeutique ait plus d'action sur lui, mais parce qu'il peut disparaître avec la cause qui lui a donné naissance. Le prurigo hépatique est dans ce cas ; il est lié à l'ictère et ne dure pas plus que lui.

Le *prurigo local* est peut-être de toutes les variétés la plus tenace. C'est surtout au *prurigo podicis* et au *prurigo pudendi* que s'applique tout ce que les auteurs ont écrit sur l'incurabilité de cette maladie.

Contrairement au prurigo véritable, d'origine constitutionnelle, le prurigo artificiel ou parasitaire (*prurigo pédiculaire*) guérit facilement avec la destruction des parasites.

Traitement. — La thérapeutique du prurigo idiopathique, d'*origine diathésique*, qu'il soit papuleux ou sans papules, général ou local, comprend des moyens locaux et des médicaments internes.

Les moyens locaux diffèrent suivant la forme de l'éruption. Dans le *prurigo papuleux*, il faut ramollir l'épiderme et modifier la peau par des agents substitutifs. Les bains tièdes prolongés, les bains alcalins, les bains de vapeur, les lotions savonneuses, les onctions grasses avec de l'huile ou avec de l'axonge, rempliront la première indication. L'agent substitutif le plus puissant est l'huile de cade ; on peut l'employer pure ou sous forme de pommade. Quelques auteurs lui substituent la pommade au goudron. Hebra donne la préférence aux frictions avec le savon noir et aux préparations soufrées ; il emploie la pommade de Wilkinson modifiée, ou la solution de Vleminck [1]. D'autres préconisent les bains sulfureux. Dans le prurigo compliqué de pustules et d'abcès, il faut éviter, au contraire, les applications irri-

1. Pommade de Wilkinson modifiée par Hebra :

℞. Soufre sublimé		
Huile de cade	}	āā 15 gr.
Savon vert		
Axonge	}	āā 30 gr.
Craie préparée		10 gr.

Solution de Vleminck composée de 1 partie de chaux vive, 2 parties de soufre citrin et 20 parties d'eau.

tantes et avoir recours seulement aux topiques émollients, aux pommades et aux poudres inertes.

Les eaux thermales naturelles rendent quelquefois des services; Plombières, Néris, Saint-Gervais, Royat et surtout Loëche sont les stations les plus recommandées. D'après E. Besnier, « l'usage des bains prolongés, tels qu'on les emploie à Loëche en Valais, est tout à fait approprié à la cure du prurigo. »

Une des indications principales du traitement du prurigo est de calmer le prurit. Les bains y contribuent par leur action sédative. On leur associera avec avantage des lotions avec de l'eau vinaigrée, alcoolisée ou éthérée (un tiers d'éther sulfurique dans deux tiers d'eau tiède), avec des solutions faibles d'hydrate de chloral [1], d'acide phénique [2], ou de sublimé [3].

Ces lotions calmantes sont également applicables au *prurigo sans papules*, dans lequel tous les efforts doivent tendre uniquement à combattre les démangeaisons et à modérer l'irritation cutanée. Dans le même but, on aura recours aux bains prolongés, simples, amidonnés et surtout alcalins, aux eaux de Néris, de Plombières et de Royat, à l'hydrothérapie froide, aux douches en pluie ou en jet (Devergie). Ce sont les moyens de traitement qui donnent les meilleurs résultats, bien que souvent, il est triste de l'avouer, toute thérapeutique soit inefficace.

Le *prurigo local* réclame une médication analogue. C'est dans cette forme surtout que les lotions calmantes, et particulièrement les lotions chloralées, sont utiles. Contre le prurigo de l'anus, du périnée et des parties génitales, on emploiera, en outre, des onctions avec de l'huile d'olive ou d'amandes douces ou avec des pommades inertes, des bains de siège frais ou froids, des applications permanentes de compresses imbibées d'eau froide, des suppositoires opiacés, belladonés ou camphrés.

1.	℞.	Hydrate de chloral	3 grammes.
		Alcool	20
		Eau	130
2.	℞.	Acide phénique cristallisé	2 grammes.
		Alcool	10
		Glycérine	20
		Eau	200
3.	℞.	Sublimé corrosif	0,10 à 0,25 centigrammes.
		Eau de laurier cerise	10
		Eau distillée	240

Le *traitement interne* est souvent un bon adjuvant du traitement local, pour atténuer le prurit. Afin de procurer un peu de sommeil aux malades, on prescrira à l'intérieur les narcotiques et les antispasmodiques : l'opium, le chloral, la valériane, le bromure de potassium.

Tous les autres médicaments internes sont d'une utilité très douteuse; aucun d'eux n'a d'action réelle sur la cause de la maladie. Déjà Rayer conseillait de se borner exclusivement au traitement externe [1]. Et, en effet, les alcalins, même chez les arthritiques, ne donnent aucun résultat; l'arsenic est le plus souvent sans efficacité.

Cependant Kaposi et E. Besnier ont observé une légère diminution des symptômes du prurigo à la suite de l'administration de l'acide phénique, en pilules, à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 par jour. E. Besnier a été également satisfait des injections sous-cutanées de pilocarpine (2 centigrammes et demi, dose *maxima*) [2].

Le traitement du *prurigo symptomatique* ne présente pas d'autre indication spéciale que de calmer la démangeaison. Les moyens locaux énumérés ci-dessus seront mis en usage dans cette variété, comme dans le prurigo idiopathique, et particulièrement les bains alcalins et les lotions phéniquées. Mais c'est surtout la maladie générale productrice ou la lésion viscérale primitive qu'il faut traiter, quand cela est possible; c'est ainsi que dans le prurigo hépatique, par exemple, l'eau de Vichy est quelquefois utile pour combattre l'affection du foie.

Quant au *prurigo pédiculaire*, son traitement fait partie de celui de la phthiriase en général; il sera indiqué ultérieurement.

1. V. Rayer, *loc. cit.*, t, II, p. 96.
2. V. Kaposi, *loc. cit.*, trad. Besnier et Doyon, t. II, p. 12.

N.-B. — V., à la fin du volume, la figure chromolithographiée représentant le prurigo parasitaire :

Pl. VIII : fig. 1.

SIXIÈME ORDRE

DERMATOSES SQUAMEUSES

PREMIER GENRE

PSORIASIS

Étymologie. — De Ψωριασις, Ψώρα.

Synonymes. — *Impetigo* et *Alphos*, Celse; *scabies* et *scabies sicca*.

Psoriasis, *Lepra vulgaris* et *alphoïdes* de Willan et Bateman; *Psoriasis* et *Lèpre* de Biett, de Rayer, de Cazenave et Schedel, de Chausit; *Psoriasis* et *Lepra vulgaris* de Devergie; *Psoriasis-Lepra* de Gibert.

Herpès furfureux circiné, herpès squameux centrifuge, herpès squameux lichénoïde d'Alibert.

Psoriasis, Bazin, Hardy, Hebra, etc.

Alphos, E. Wilson.

Vulgo, *dartre écailleuse; dartre squameuse sèche.*

Historique.

Décrite confusément par les anciens auteurs sous les noms de *lepra* [1], de *psora* [2], de *scabies*, etc., cette affection a été divisée, à tort, par *Willan* en deux genres différents : la lèpre et le psoriasis.

D'après *Bateman*, la *lèpre* [3] (lepra Græcorum) est caractérisée par

1. Galien. Paul d'Egine. Mercurialis. Lorry.
2. Paul d'Egine. Lorry.
3. La lèpre des Grecs, dont il est question dans cet historique, n'a aucun rapport avec la lèpre véritable, lèpre tuberculeuse ou *éléphantiasis des Grecs.*

des *plaques écailleuses de forme circulaire*. Elle comprend trois variétés : *lepra vulgaris*, *lepra alphoïdes*, *lepra nigricans*. La *lepra alphoïdes* diffère de la lèpre vulgaire par la plus petite étendue de ses plaques et par leur localisation aux extrémités; la *lepra nigricans* diffère des deux formes précédentes « par la coloration brune et livide de ses plaques, coloration visible sur les bords, mais que l'on aperçoit même à travers les écailles minces, sur l'aire de chaque croûte ».

Le *psoriasis* (dartre écailleuse) est caractérisé par des *plaques squameuses irrégulières*, dont le contour n'est jamais ni ovale ni circulaire, comme dans la lèpre. Tantôt l'éruption est générale, tantôt elle se présente sous forme de taches de dimensions différentes; le bord de ces taches n'est ni élevé, ni enflammé, comme dans la lèpre; au-dessous des écailles, la peau est plus irritable que dans cette dernière affection, et souvent elle est divisée par des rhagades ou par des fissures profondes. Enfin cette maladie peut se dissiper et se reproduire périodiquement au retour de certaines saisons. Bateman admet quatre variétés principales de psoriasis : *guttata*, *diffusa*, *gyrata*, *inveterata*; comme variétés locales, il mentionne un psoriasis *labialis*, un p. *palmaria*, un p. *ophthalmatica*, un p. *præputii* et *scrotalis*. D'après la description de l'auteur anglais, plusieurs de ces variétés sont certainement des affections étrangères au psoriasis [1].

Alibert décrit le psoriasis, tel que nous l'entendons aujourd'hui, dans le groupe des *Dermatoses dartreuses*. Deux variétés du genre herpès, l'*herpès furfureux circiné* (Dartre furfuracée arrondie) et l'*herpès squameux lichénoïde*, représentent cette affection. Alibert s'élève contre la dénomination impropre de lèpre vulgaire donnée par Willan à la première variété [2].

Bien que repoussée par Alibert, la distinction inexacte, établie par Willan et par Bateman entre la lèpre vulgaire et le psoriasis, a été conservée pendant longtemps par un grand nombre de dermatologistes, et notamment par Rayer, par Cazenave et Schedel, par Chausit, par Devergie.

Rayer décrit séparément [3] la lèpre commune, distincte de l'éléphantiasis des Grecs, et le psoriasis; et cependant il reconnaît qu'il existe

1. V. Bateman, *loc. cit.*, trad. Bertrand, p. 54 et 66.
2. V. Alibert, *Traité théor. et prat. sur les mal. de la peau*, t. I, p. 202 et 217. *Monographie des Dermatoses*, p. 353 et 362.
3. V. Rayer, *loc. cit.*, t. II, p. 110-132-141-143.

réellement une grande analogie entre ces deux affections. Pour lui, la lèpre est caractérisée par des plaques écailleuses, circulaires ou orbiculaires, déprimées à leur centre, entourées d'un cercle rougeâtre et proéminent. Les plaques du psoriasis sont ordinairement irrégulières, non déprimées à leur centre; leurs bords sont peu proéminents. Rayer admet quatre variétés de psoriasis : le p. discret (*guttata* de Willan), le p. confluent (*diffusa* de Willan), le p. *inveterata* et le p. *gyrata* de Willan. Parmi les variétés locales, il signale le *psoriasis des ongles*, décrit, pour la première fois, par Biett.

Cazenave et Schedel, à l'exemple de Willan et de Biett, séparent également la lèpre du psoriasis [1]. Les plaques de la lèpre sont arrondies, orbiculaires, régulières; leur centre est sain et déprimé; leurs bords sont élevés et recouverts de squames grisâtres très adhérentes. La *lepra alphoïdes* ne diffère de la *lepra vulgaris* que par une étendue un peu moindre, une teinte un peu plus blanche des plaques. — Le psoriasis est caractérisé par des plaques irrégulières, plus ou moins étendues, légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau, uniformément recouvertes de squames minces, d'un blanc chatoyant. Cazenave et Schedel reproduisent les variétés de psoriasis admises par Bateman, auxquelles ils ajoutent le *psoriasis dorsalis* (du dos de la main) et le *psoriasis unguium*.

Maurice Chausit, tout en reconnaissant « les nombreux points d'analogie que présentent la lèpre et le psoriasis », pense que ces deux affections squameuses sont deux espèces distinctes [2]. Les plaques de la lèpre sont arrondies et leur centre est sain, tandis que celles du psoriasis sont irrégulières et recouvertes de squames sur toute leur surface. Chausit admet, d'ailleurs, les mêmes variétés de psoriasis que Biett et Cazenave.

Devergie décrit un psoriasis aigu et un psoriasis chronique. Le psoriasis aigu ne se montre ordinairement que dans le cours d'un psoriasis chronique qui dure depuis plusieurs mois ou depuis plusieurs années. Il ressemble beaucoup au pityriasis rubra aigu. Le *psoriasis chronique* se présente sous plusieurs formes. Devergie attache peu de valeur à la distinction des variétés de Bateman : *psoriasis guttata, diffusa, gyrata, inveterata;* seule, cette dernière forme doit être conservée, car elle réclame une thérapeutique spéciale. Deux nouvelles

1. V. Cazenave et Schedel, p. 319-321-335-341.
2. V. Chausit, *loc. cit.*, p. 136-138.

espèces sont créées par Devergie : le *psoriasis punctata* et le *psoriasis nummularia*. Parmi les variétés de siège, cet auteur n'admet que le *psoriasis capitis*, le p. *plantaria*, le p. *palmaria* et le p. *unguium;* les formes *scrotalis*, *præputialis*, *ophthalmica* ne sont pas des psoriasis, mais des pityriasis rubra. Enfin Devergie admet deux formes composées : le *psoriasis eczémateux*, qui doit être plutôt rattaché à l'eczéma, et le *psoriasis herpétiforme*, qui est, ainsi que l'a montré Bazin, une éruption parasitaire trichophytique [1].

Devergie décrit à part la *lèpre vulgaire*, comme une affection distincte du psoriasis. La lèpre est caractérisée, d'après lui, par des plaques squameuses *disposées en fer à cheval*, c'est-à-dire « représentant une anse ovale, dont un segment manque »; au centre de ces plaques, la peau reste saine [2].

Au contraire, Gibert, Bazin, Hardy et tous les dermatologistes contemporains considèrent la lèpre vulgaire comme une simple variété de forme du psoriasis. Déjà Samuel Plumbe s'était efforcé d'établir l'identité de nature de ces deux affections [3]. Aujourd'hui l'expression *lèpre vulgaire* a disparu de la nomenclature et le nom de *lèpre* est exclusivement réservé à l'éléphantiasis des Grecs.

Gibert, réunissant la lèpre vulgaire au psoriasis, admet les formes *guttata*, *diffusa*, *inveterata*, *gyrata*. Il voudrait donner le nom de *psoriasis orbicularis* à une forme décrite par Cazenave et Schedel et indiquée par Alibert sous le nom de dartre squameuse orbiculaire [4]; et enfin il pense que le psoriasis capitis doit constituer une variété distincte, au même titre que les autres psoriasis partiels décrits par Bateman [5].

Bazin reconnaît deux grandes espèces de psoriasis : le psoriasis de cause externe et le psoriasis de cause interne [6]. Le psoriasis de cause interne est arthritique ou herpétique, et chacune de ces deux espèces secondaires comprend plusieurs variétés.

Le *psoriasis de cause externe* est dû aux frottements répétés, exercés sur certaines régions du corps : les genoux, la face dorsale des articulations des phalanges chez certains artisans, etc.

1. V. Devergie, *loc. cit.*, p. 464-467; 468-472; 474.
2. V. Devergie, p. 491.
3. V. Samuel Plumbe, *A Practical Treatise on Diseases of the skin*. Cité par Bazin in *Leçons sur les aff. génér. de la peau*, recueillies par Baudot, 1862, p. 390.
4. D'après Bazin, cette affection serait un pityriasis (?).
5. V. Gibert, *loc. cit.*, t. I, p. 414-422 et suivantes.
6. V. Bazin, *loc. sup. cit.*, p. 401 et suivantes.

Le *psoriasis arthritique* se présente sous l'aspect scarlatiniforme et sous la forme nummulaire; le psoriasis *scarlatiniforme* occupe la plante des pieds, la paume des mains, la racine des cheveux et les organes génitaux; sa desquamation a lieu par larges plaques, comme dans la scarlatine; les téguments sous-jacents sont rouges et tendus. Le *psoriasis* nummulaire est caractérisé par des plaques arrondies, dont les squames offrent une certaine humidité; il peut se transformer en eczéma.

Le *psoriasis herpétique* est l'espèce à laquelle se rapportent les descriptions classiques. Il comprend les variétés suivantes :

1° *Suivant la forme*, les psoriasis punctata, guttata, nummulaire, cir cinata, gyrata, diffusa, inveterata;

2° *Suivant le siège*, les psoriasis capitis, unguium, plantaria et palmaria, præputialis et scrotalis, le psoriasis général et le psoriasis pilaris.

Hardy rattache le psoriasis à la dartre[1]. Après l'eczéma, le psoriasis est l'affection dartreuse la plus commune. Ses variétés de forme sont : le *psoriasis guttata* (punctata et nummulaire de Devergie); le p. *circiné* ou *lèpre vulgaire;* le p. *gyrata;* le p. *diffusa*. Les variétés suivant le siège sont : le *p. communis* qui affecte tout le corps, mais plus particulièrement les genoux et les coudes; le *p. capitis;* le *p. de la face;* le *p. des paupières*; le *p. plantaria* et *palmaria;* le *p. unguium;* le *p. præputialis;* le *p. général*, qui est plutôt un pityriasis rubra qu'un psoriasis. Enfin une dernière variété résulte de l'intensité et de l'ancienneté de l'éruption, c'est le *psoriasis inveterata*.

Hébra donne une description générale du psoriasis, très complète et très exacte. Il pense que la lèpre de Willan n'est qu'une variété de forme du psoriasis (psoriasis annulaire) et qu'un seul terme suffit pour désigner ces deux affections. Il n'est pas nécessaire, d'après lui, de diviser le psoriasis en espèces, car les divers aspects que peut présenter la maladie (punctata, guttata, nummularis, annularia, diffusa, etc.) doivent être attribués à des circonstances secondaires, dépendant soit du siège de l'éruption, soit de son mode de développement, soit enfin de la manière dont les plaques squameuses sont groupées. Hébra rejette l'existence du *psoriasis ophthalmica* et du *psoriasis labiorum;* il décrit le psoriasis des ongles, mais il croit que le prétendu psoriasis

1. V. Hardy, *Leçons sur les mal. de la Peau*, recueillies par Moysant, 1858, p. 92 à 102.

plantaire ou palmaire est presque toujours une affection syphilitique.

Il paraît considérer le psoriasis comme une affection propre de la peau, et réfute en détail toutes les opinions émises sur les causes internes ou externes de cette dermatose. Enfin il consacre un important chapitre à la thérapeutique [1].

Neumann expose assez succinctement la symptomatologie du psoriasis et mentionne ses principales formes. Il insiste surtout sur l'anatomie pathologique et conclut que « le psoriasis est une affection de la couche superficielle du chorion et du corps papillaire, associée à une prolifération cellulaire considérable et à une hypertrophie des papilles. » L'accumulation excessive de l'épiderme résulte d'une hyperplasie des cellules de la couche de Malpighi [2].

Kaposi décrit le psoriasis d'après Hébra; il n'attache qu'une importance secondaire aux variétés de forme de l'éruption, qui, d'après lui, « ne sont que des degrés différents de développement et de régression du même processus. » Il signale, comme sièges principaux de localisation du psoriasis, les genoux et les coudes, le cuir chevelu, les ongles. La plante des pieds et la paume des mains restent régulièrement indemnes, même lorsque la maladie est généralisée. Kaposi, de même que Hébra, n'a jamais observé de maladie analogue au psoriasis sur la muqueuse buccale [3]. L'étiologie du psoriasis est enfin discutée avec beaucoup de sagacité, et le traitement est exposé avec les détails les plus complets [4].

La description de *Duhring* est également conforme à celle de Hébra. D'après l'auteur américain, les différents aspects du psoriasis dépendent uniquement du mode de groupement des éléments éruptifs et ne peuvent être considérés comme des variétés spéciales. Duhring mentionne les principales localisations de la maladie; il admet le psoriasis de la paume des mains et de la plante des pieds. Il n'a jamais observé le psoriasis des muqueuses [5].

Erasmus Wilson décrit le psoriasis sous le nom d'*alphos;* il croit juste de faire revivre ce terme ancien et bien approprié [6]. Il réserve,

1. V. Hébra, trad. Doyon, *loc. cit.*, t. I, p. 395-419.
2. V. Neumann, *loc. cit.*, trad. Darin, p. 256 et 264.
3. L'observation de E. Besnier concorde absolument avec celle de Hébra et de Kaposi.
4. V. Kaposi, *loc. cit*, trad. Besnier et Doyon. t. I, p. 487, 490-491-494 et suivantes.
5. V. Duhring. *loc cit.*, trad. Barthélemy et Colson, p. 343 et suivantes.
6. V. Wilson. *Student's Book of cutaneous medicine*, t. II London, 1865, p. 277.

au contraire, la dénomination de psoriasis à l'eczéma squameux [1]. Il admet les variétés suivantes : *alphos circinatus* (lepra vulgaris de Willan); *alphos guttatus* (lepra alphoïdes de Willan); *alphos diffusus* (lepra inveterata de Willan) : ce sont les trois variétés principales; les autres variétés sont : l'*alphos papulosus*, l'*alphos pityriasicus*, l'*alphos gyratus;* et, d'après le siège : l'alphos *capitis*, *faciei*, *manuum*, *unguium*, *articulorum*. L'alphos est absolument distinct de la syphilodermie papuleuse, improprement appelée *lepra syphilitica* ou *alphos syphiliticus* (psoriasis syphilitique). Wilson insiste beaucoup, dans le traitement du psoriasis, sur la médication arsenicale et particulièrement sur l'emploi de la liqueur de Fowler.

Tilbury Fox reconnaît au psoriasis (lepra vulgaris) les variétés suivantes [2] : punctata, guttata, nummularis, diffusa, gyrata, inveterata. Il mentionne le psoriasis eczémateux de Devergie et le *psoriasis rupioïde* de Mac Call Anderson, « qui n'est autre chose qu'un psoriasis modifié par la cachexie, avec tendance à la formation du pus ». Les variétés locales sont : le psoriasis capitis, le p. faciei, le p. unguium. Le psoriasis palmaire et plantaire est extrêmement rare en dehors de la syphilis.

Neligan et *Belcher* [3] admettent trois variétés principales de psoriasis : *guttata*, *aggregata*, *lepræformis*. Le psoriasis aggregata (*diffusa* de Willan, *confluens* de Rayer) comprend les formes locales : *labialis*, *palpebrarum*, *capitis*, *scrotalis*, *præputialis*, *pudendalis*, *palmaris* et *unguium*. Le psoriasis lepræformis correspond à la lèpre vulgaire.

Définition.

Le psoriasis est une affection cutanée caractérisée par le développement de squames sèches, lamelleuses, épaisses, d'une couleur blanche, ordinairement brillantes et nacrées, accumulées sous forme de plaques écailleuses, de configuration et d'étendue variables; ces écailles reposent sur une base saillante, légèrement papuleuse, rouge et saignant facilement au moindre grattage.

La distinction établie jadis entre le psoriasis et la lèpre vulgaire n'a

1. V. E. Wilson, *loc. sup. cit.*, t. I p. 99 et t. II, p. 277; et de plus : *Lectures on ekzema*, 1870, p. 164 et 174; — *Lectures on Dermatology*, London 1871, p. 37.
2. V. T. Fox, *skin Diseases*, London 1873, p, 259 et suivantes.
3. V. Neligan, *loc. cit.*, 2e ed., p. W. Belcher, Dublin, 1866, p. 247.

pas de raison d'être. « Ces deux affections, en effet, reconnaissent les mêmes causes, affectent la même marche, donnent naissance à la même symptomatologie et réclament le même traitement. » Elles sont, par conséquent, identiques. « La *lèpre vulgaire*, caractérisée par des *plaques circinées*, n'est qu'une modification dans la forme que peut revêtir l'éruption psoriasique [1]. » (Bazin.)

Description.

L'éruption se montre ordinairement d'emblée, sans avoir été précédée d'aucun symptôme subjectif. Elle est constituée au début par des élevures squameuses, circulaires, aplaties, de la grosseur d'une tête d'épingle, disséminées sur une ou plusieurs régions du corps. Ce premier état, caractérisé par des saillies papulo-squameuses punctiformes, représente le *psoriasis punctata*. C'est du mode particulier d'évolution et de groupement ultérieur des efflorescences primaires que résultent les différentes *variétés* de la maladie.

Tantôt, en effet, les papules primitives, restant isolées et arrondies, s'élargissent seulement; les squames stratifiées, blanchâtres et nacrées qui les recouvrent, leur donnent l'aspect de taches de plâtre ou de bougie : c'est à cette variété qu'on donne le nom de *psoriasis guttata*. Tantôt les papules se réunissent de façon à former des plaques arrondies, d'étendue variable, couvertes d'écailles blanches et brillantes, ressemblant grossièrement à des pièces de monnaie d'argent : *psoriasis nummulaire ou discoidea*.

Lorsque ces plaques se sont développées en grand nombre, elles se rapprochent les unes des autres et finissent par se confondre; leur confluence donne naissance à de larges placards écailleux, qui atteignent les dimensions de la paume de la main et même davantage, et dont les bords irréguliers figurent des segments de circonférence : Cette variété nouvelle est le *psoriasis diffusa*.

Dans d'autres cas, les papules squameuses se groupent en séries linéaires, généralement suivant des lignes courbes et flexueuses, et constituent le *psoriasis gyrata*.

Le *psoriasis circinata* (psoriasis annulaire ou orbiculaire, *lèpre vul-*

1. V. Bazin, *loc. sup. cit.*, . 374.

gaire) peut se développer de deux façons différentes : ou bien il est dû à un mode spécial de groupement des papules, qui se juxtaposent d'emblée sous forme d'anneau; ou bien il résulte de la guérison partielle d'une plaque de psoriasis nummulaire en voie d'extension centrifuge, et dont les écailles disparaissent au centre, tandis qu'au contraire, elles persistent et s'accroissent même à la périphérie.

Quelles que soient la forme et l'étendue de l'éruption, les plaques de psoriasis présentent toujours des *contours nets et tranchés*, et sont séparées les unes des autres par des portions de peau entièrement saines. Le psoriasis général, *ps. universalis* de Hébra, est tout à fait exceptionnel; et, même pendant les exacerbations aiguës, il est rare que toute la surface cutanée soit atteinte.

On vient de voir que la *lésion élémentaire* du psoriasis, dans toutes ses variétés, et quel que soit l'aspect complexe de l'éruption, est toujours une *papule squameuse*.

Les *squames*, qui donnent à la maladie son caractère essentiel, sont blanches, quelquefois ternes, mais plus souvent brillantes, d'un aspect micacé ou argenté. Elles sont adhérentes à la peau qui les porte, et d'une épaisseur variable; tous les intermédiaires existent « depuis la carapace épaisse du psoriasis rupiaforme, jusqu'aux squamules du psoriasis pityriasiforme (E Besnier) [1]. » Ces squames psoriasiques sont uniquement formées par l'accumulation de lamelles épidermiques plus ou moins nombreuses, et l'examen microscopique ne permet ordinairement d'y reconnaître que des cellules aplaties. Les cellules épidermiques sont, au moins, les seuls éléments caractéristiques; tous les autres sont accessoires : tels sont les globules rouges du sang et les leucocytes qu'on rencontre quelquefois au-dessous des squames superficielles, pendant les recrudescences aiguës, quand les papules ont été excoriées par le grattage; tels sont également les spores de champignons inférieurs. Et en effet, aujourd'hui qu'on cherche des *parasites* partout, on n'a pas manqué d'en trouver dans les écailles du psoriasis. Ed. Lang a reconnu l'existence d'éléments parasitaires « dans la couche pellucide de cellules aplaties, qui sépare la plaque psoriasique proprement dite du magma corné accumulé à sa surface [2] ». Le fait a été vérifié par Balzer, mais il paraît n'avoir aucune

1. V. E. Besnier, trad. de Kaposi, t. I, p. 490.
2. V. E. Besnier notes à la trad. de Kaposi, *loc. cit.*, t. I, p. 498;
V. également *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, avril 1880, p. 326.

importance; les spores qu'on trouve sur les plaques de psoriasis sont les mêmes qu'on rencontre partout ailleurs.

Lorsque les squames ont été enlevées à l'aide de bains ou d'onctions grasses, ou, plus simplement, quand on les gratte avec l'ongle, on voit qu'elles reposent sur des *élevures papuleuses, rouges et hyperémiées*. La rougeur déborde même parfois un peu les stratifications épidermiques, et forme un liseré autour des plaques écailleuses encore intactes. Hébra est le premier dermatologiste qui ait insisté particulièrement sur la congestion des papules psoriasiques, congestion telle qu'il suffit du grattage le plus léger pour déchirer les vaisseaux papillaires superficiels et faire sourdre quelques gouttelettes de sang.

L'éruption ne détermine aucun symptôme subjectif, si ce n'est une démangeaison modérée qui n'existe même pas toujours. C'est seulement au début de leur évolution que les plaques sont prurigineuses; lorsque leur développement s'arrête, lorsqu'elles restent stationnaires, le prurit disparaît; il reparaît au contraire si de nouvelles papules se montrent, et, sur les plaques en voie d'acroissement, c'est la circonférence seule qui est le siège de la démangeaison. Ainsi s'explique l'erreur de Devergie, qui enseignait que le psoriasis n'était pas prurigineux, parce qu'il n'avait en vue que le psoriasis ancien. A part cette démangeaison inconstante et toujours peu vive, l'éruption est ordinairement indolente; seules, les excoriations produites par le grattage et les fissures qui se forment quelquefois sur les plaques papuleuses peuvent accidentellement déterminer des douleurs passagères. La maladie n'occasionne d'ailleurs, par elle-même, aucun trouble dans l'état général, et son existence est compatible avec le fonctionnement régulier de tous les organes internes.

Le psoriasis est ordinairement disséminé sur différents points du corps, mais parfois aussi il se localise spécialement sur certaines régions. Les *genoux* et les *coudes*, du côté de l'extension, sont les sièges d'élection de cette dermatose, qui se présente là sous forme de *psoriasis guttata* ou de *psoriasis nummulaire*.

Après les genoux et les coudes, le *cuir chevelu* est la région la plus fréquemment affectée (Hébra); les squames, retenues par les cheveux, s'accumulent alors en masses épaisses, saillantes, inégales, raboteuses et très adhérentes. Les plaques psoriasiques s'étendent quelquefois au delà du cuir chevelu, sur le front, sur le cou et sur les oreilles, mais

leur contour est toujours limité par un rebord net et tranché. Dans la majorité des cas, on n'observe pas la chute des cheveux [1]. Lorsque l'éruption envahit le conduit auditif externe, l'accumulation des écailles épidermiques peut produire une surdité temporaire.

Le psoriasis siège rarement à la face; la variété décrite jadis par Willan sous le nom de *psoriasis ophthalmica* doit certainement être rapportée à une autre affection que le psoriasis. Sur le tronc et sur les membres, le psoriasis peut occuper indifféremment toutes les régions. Il est fréquent aux lombes et sur le sacrum. Il est quelquefois limité aux organes génitaux; on l'observe au scrotum, à la verge, au prépuce, au gland (Lailler); Barthélemy relate un cas de psoriasis de la vulve [2]. Sur le gland, les papules squameuses psoriasiques peuvent être confondues avec des papules syphilitiques.

La paume des mains et la plante des pieds, et même, d'après E. Besnier, la main et le pied tout entiers, sont ordinairement épargnés par l'éruption. Cependant, par exception, on a vu le psoriasis « s'accumuler sur le dos des doigts et des mains, alors qu'il restait plus ou moins discret sur le reste du corps [3]; » mais le prétendu psoriasis palmaire ou plantaire est toujours ou presque toujours syphilitique (syphilide papulo-squameuse).

Les *ongles* sont fréquemment altérés dans le psoriasis. Tantôt leur surface est striée transversalement et comme piquée, « présentant l'apparence d'un dé à coudre ou d'un fragment de bois mangé par les vers » (Lailler). Tantôt, quand la lésion siège dans le derme sous-unguéal, l'ongle est soulevé par des accumulations épidermiques; il est épaissi, sec, cassant et rugueux. Dans la plupart des cas, ces lésions ressemblent beaucoup à celles que produit l'eczéma, de sorte que le diagnostic entre le psoriasis et l'eczéma des ongles se fait surtout par la constatation d'une éruption de même nature sur un point quelconque de la surface cutanée. Quand l'altération unguéale est isolée, ce diagnostic différentiel est souvent impossible; cependant l'ongle soulevé et en partie détaché de son lit par un amas de squames appartient en propre au psoriasis.

Le psoriasis, d'après l'observation générale, n'atteint jamais les

1. V. Lailler, *Leçons sur quelques maladies de la peau*, recueillies par Cuffer 1877, p. 51.
2. V. Note à la trad. de Duhring, *loc. cit.*, p. 371.
3. V. Note à la trad. de Kaposi par E. Besnier. *loc. cit.*, t. I, p. 49.

muqueuses (Hébra, Kaposi, Neumann, Duhring, etc.); car on ne peut considérer les téguments du gland et de la vulve comme des muqueuses véritables. Quant à l'affection désignée sous le nom de *psoriasis buccal* ou *lingual*, c'est une *maladie spéciale*, qui paraît le plus souvent n'avoir rien de commun avec le psoriasis cutané [1].

La *marche* du psoriasis est essentiellement chronique, avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration. L'éruption, quand elle n'est pas traitée, peut persister pendant un temps très long, sans aucun changement, et, par sa persistance, elle mérite alors le nom de *psoriasis inveterata*.

Parfois même, surtout aux jambes et au sacrum, les plaques anciennes de psoriasis prennent un *aspect verruqueux* ou *papillomateux*, dû à l'épaississement du derme et à une hypertrophie excessive des papilles (Kaposi, E. Besnier).

Dans quelques cas, au contraire, au bout d'un certain temps de durée, les plaques psoriasiques subissent une régression spontanée; les squames se détachent et laissent au-dessous d'elles une surface rouge un peu élevée au-dessus de la peau voisine. La rougeur elle-même diminue peu à peu; l'épiderme se régénère et les téguments reprennent leur aspect normal. Quand la congestion a été très intense, on observe seulement des taches pigmentaires consécutives, mais jamais de cicatrices. Cette pigmentation paraît d'ailleurs plus fréquente et plus persistante à la suite des psoriasis traités par la médication arsenicale (Devergie, E. Besnier, Lailler, etc.).

Exceptionnellement, le psoriasis peut présenter un début aigu; le plus souvent, les phénomènes aigus apparaissent seulement dans le

1. Le psoriasis buccal a été décrit pour la première fois par Bazin. Dans la grande majorité des cas, il est isolé, indépendant de toute éruption psoriasique de la peau. Il siège le plus souvent sur le dos de la langue et à la face interne des joues et des lèvres, et est caractérisé par des plaques dures, blanchâtres, d'un aspect brillant et nacré. Debove, d'après des observations recueillies à l'hôpital Saint-Louis, notamment dans le service d'Hillairet, a constaté que les lésions anatomiques essentielles de cette affection étaient la sclérose du chorion de la muqueuse et l'épaississement de sa couche épithéliale; jamais il n'a vu un psoriasis de la face muqueuse des lèvres se continuer avec un psoriasis de la face cutanée (Debove, thèse de Paris, 1875, p. 23). Fairlie Clarke a montré, de son côté, que la dénomination de psoriasis lingual avait été appliquée à plusieurs affections très différentes, dont l'une, caractérisée par des plaques dures, cornées et verruqueuses, devait être distinguée sous le nom de tylose. C'est cette tylose qui se transforme facilement en épithélioma (V. Lailler, *loc. sup. cit.*, p. 55, et le Mémoire de Mauriac, *Union médicale* 1874).

cours de la maladie, à l'occasion d'une recrudescence déterminée par des écarts de régime, par des excès alcooliques ou par un traitement trop irritant. Ce *psoriasis aigu* est caractérisé par la généralisation de l'éruption papulo-squameuse, qui prend même quelquefois un aspect *scarlatiniforme* [1]. Les papules sont larges et très rouges; l'exfoliation épidermique est abondante; la peau est cuisante et douloureuse. Les phénomènes généraux consistent dans une fièvre plus ou moins vive, un peu de céphalalgie, de courbature et d'embarras gastrique. Ils sont d'ailleurs de courte durée; d'ordinaire, l'éruption passe ou revient rapidement à l'état chronique.

Les individus atteints de psoriasis sont souvent affectés de dyspepsie, de névralgies, de douleurs rhumatismales, etc.; mais ces accidents ne sont pas des conséquences directes de l'affection cutanée; ce sont seulement des effets communs de la même cause, des dépendances de l'arthritisme, au même titre que la dermatose elle-même.

Quand une éruption aiguë accidentelle, une fièvre éruptive par exemple, survient chez un sujet psoriasique, le psoriasis disparaît momentanément et parfois très rapidement, mais il reparaît toujours après la guérison de l'affection intercurrente. Dans d'autres circonstances, il peut coexister, sans aucune modification, avec d'autres maladies de la peau, notamment avec des syphilides ou avec la gale.

Anatomie pathologique.

L'histologie pathologique du psoriasis a été surtout étudiée par Wertheim, par Auspitz, par Neumann [2], par Robinson (de New-York) [3], par Vidal et Leloir [4].

Il est bien prouvé aujourd'hui que le psoriasis est essentiellement une dermatose inflammatoire; aussi les *lésions du derme*, dans cette affection, sont-elles les lésions banales de toute inflammation cutanée. Les papilles sont allongées, infiltrées de cellules embryonnaires, ainsi que la couche superficielle du derme; les vaisseaux sont dilatés et entourés d'amas de cellules proliférées. Dans les cas de psoriasis

1. V. Lailler, *loc. sup. cit.*, p. 56.
2. V. Neumann, *loc. cit.*, trad. Darin p, 262.
3. V. Duhring *loc cit.*, trad. Barthélemy et Colson, p, 351.
4. V. Vidal et Leloir, *Compte rendu de la Soc. de Biologie* de Paris; séance du 11 mars 1882.

ancien, l'hyperplasie embryonnaire envahit même la couche profonde du derme ; elle est surtout abondante autour des glandes et des vaisseaux (Vidal et Leloir). Mais les glandes elles-mêmes, d'après Hébra, ne sont jamais affectées; c'est ce qui expliquerait la rareté du psoriasis aux pieds et aux mains, où les glandes sudoripares sont si abondantes (Duhring). La prolifération cellulaire gagne quelquefois la gaine des poils, mais l'altération de ceux-ci est exceptionnelle.

L'*épiderme* présente des lésions remarquables sur lesquelles ont insisté récemment Vidal, Leloir et Suchard. Dans tous les points où la lésion est en activité et où l'épiderme se soulève pour former une squame, le stratum granulosum et l'éleidine ont complètement disparu (Suchard). Au contraire, dans les points où l'épiderme corné est resté intact et dans ceux où il se reproduit, le stratum granulosum et l'éleidine reparaissent.

Si l'on examine la *couche cornée* et les squames accumulées, on voit que les cellules qui les composent, au lieu d'être, comme à l'état normal, cornifiées et dépourvues de noyau, possèdent au contraire un noyau très net qui se colore en rouge par le carmin (Vidal et Leloir). C'est à cette déviation dans l'évolution normale des cellules épidermiques qu'il faut attribuer la production des squames.

On observe, de plus, dans le *corps muqueux*, un grand nombre de cellules qui ont subi la dégénérescence vésiculeuse, lésion commune à toutes les dermatoses inflammatoires ou congestives, et que nous avons déjà signalée à plusieurs reprises [1].

Étiologie.

Le psoriasis est *souvent* une dépendance de l'*arthritisme*. Cette dermatose n'est pas rare dans les familles de goutteux, de graveleux ou de rhumatisants; elle est fréquemment associée à la dyspepsie, à la gastralgie, à des migraines et à des bronchites tenaces, ou alterne avec ces affections. Mais, dans bien des cas, la cause de la maladie échappe absolument; l'affection cutanée semble être la seule manifestation d'une diathèse ou d'un état général de nature inconnue ; on ne trouve alors, chez les psoriasiques, soit dans leur existence antérieure, soit dans leur hérédité, aucun antécédent rhumatismal, goutteux, lympha-

1. V. ci-dessus, p. 69, 245, 364, 548-552.

tique ou autre : ce sont ces malades dont on a fait hypothétiquement des *herpétiques*.

Le psoriasis est *héréditaire ;* et, de toutes les causes de cette affection, l'hérédité est la seule qui soit incontestée, admise également par tous les auteurs et dans tous les pays. Mais cette transmission héréditaire n'est pas constante ; dans une famille où l'un des parents est psoriasique, tous les enfants ne sont pas atteints de la même affection, et parfois la maladie passe une génération pour reparaître dans la génération suivante. On rencontre très souvent, d'autre part, des sujets atteints de psoriasis sans aucun antécédent héréditaire [1].

La *constitution* a d'ailleurs peu d'influence sur le développement de la maladie. On observe le psoriasis chez les individus robustes aussi bien que chez les gens chétifs et affaiblis, peut-être même plus souvent chez les premiers.

Cette dermatose appartient à toutes les professions, à toutes les classes de la société, aux riches comme aux pauvres. Elle paraît plus fréquente dans le sexe masculin (Devergie). C'est ordinairement une affection de l'âge adulte ; elle débute après la puberté ; mais elle n'est pas très rare dans l'enfance.

Quelle que soit la cause interne qui donne naissance au psoriasis, — et l'existence de cette cause interne est incontestable, quoi qu'en dise Hébra — l'apparition de l'éruption peut être subordonnée à des *causes occasionnelles* variées. Parfois, notamment, c'est au moment de l'établissement de la menstruation que le psoriasis se montre, ou à la suite d'une couche [2].

L'influence des écarts de régime, des excès alcooliques, des émotions morales et des fatigues intellectuelles sur le développement du psoriasis, sur l'exacerbation de l'éruption et sur ses récidives, a été notée par la plupart des observateurs [3].

Relativement aux *saisons*, le psoriasis paraît se montrer plus souvent en été et en hiver (Devergie) [4]. On sait, d'autre part, que l'éruption

1. V. E. Besnier et Doyon, notes à la trad. de Kaposi, p. 499.

2. J'ai observé plusieurs faits de ce genre, et deux cette année même, plus heureux que Hébra qui dit « n'avoir pas vu un seul cas dans lequel il fut possible de montrer une attaque de psoriasis en connexion avec la menstruation, avec la grossesse ou avec les couches » (V. Hébra, *loc. cit.*, trad. Doyon, t. I, p. 413)

3. Cette influence est fort contestée par Hébra.

4. Sur 154 cas, Devergie en a trouvé 103 en hiver et en été et seulement 51 dans les deux autres saisons réunies.

est beaucoup plus pénible et plus prurigineuse pendant la saison froide, à cause de la diminution de la transpiration cutanée.

Les *conditions climatériques*, d'après Hébra, ne jouent aucun rôle dans l'étiologie du psoriasis, « qui peut être appelé une affection pandémique, car on le rencontre sous toutes les latitudes, dans toutes les régions du globe, dans les climats humides aussi bien que dans les climats secs, et chez toutes les races humaines » (Hébra).

Les *causes externes*, quelles qu'elles soient, n'ont qu'une influence secondaire sur le développement de la maladie. Les irritations cutanées de toute nature, et particulièrement les frottements prolongés des genoux et des coudes, ne produisent le psoriasis véritable que chez les individus prédisposés.

Selon l'opinion commune de tous les observateurs, le psoriasis n'est ni contagieux ni inoculable.

Diagnostic.

Le diagnostic du psoriasis est généralement facile. Les affections qui peuvent accidentellement lui ressembler et avec lesquelles on est exposé quelquefois à le confondre sont : l'eczéma, le pemphigus foliacé, le lichen ruber, les différentes espèces de pityriasis, l'ichthyose, la syphilide papulo-squameuse, la séborrhée sèche, le lupus érythémateux, l'herpès circiné et le favus.

Les caractères qui distinguent le psoriasis de l'*eczéma* [1], du *pemphigus foliacé* [2] et du *lichen ruber* [3] ont été indiqués précédemment.

Le *pityriasis simplex* ou *alba* est caractérisé par des squames minces, blanchâtres, ternes et furfuracées, reposant sur des taches qui ne font aucune saillie au-dessus des parties voisines. Le *pityriasis rosé* (roséole squameuse) débute par des taches d'un rouge pâle, sur lesquelles l'épiderme s'exfolie en écailles fines, grisâtres ou d'un blanc mat. On a vu, au contraire, que le psoriasis était constitué dès le début par des saillies papuleuses, et que ses squames étaient larges, épaisses, brillantes et nacrées. La marche du pityriasis et celle du psoriasis sont aussi bien différentes l'une de l'autre.

1. V. ci-dessus, p. 349, 376. (eczéma du cuir chevelu), 383 (eczéma plantaire et palmaire).
2. V. ci-dessus p. 486.
3. V. ci-dessus p. 567 et 568.

Dans le *pityriasis rubra* de Hébra, on constate seulement une rougeur persistante et uniforme de la peau et une desquamation plus ou moins abondante; mais il n'y a ni papules, ni infiltration du derme. Toute la surface cutanée est envahie dans ce pityriasis, tandis que l'éruption psoriasique est ordinairement disposée par îlots, et forme des plaques isolées et séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine. Les mêmes caractères objectifs distinguent le psoriasis de la *dermatite exfoliatrice* et de l'*érythème scarlatiniforme desquamatif*.

L'*ichthyose* est une difformité congénitale; dans cette affection, l'altération cutanée est toujours diffuse; au-dessous des squames, la peau semble saine et ne présente aucune rougeur. L'absence complète d'inflammation de la peau est un caractère distinctif absolu, qui ne permet de confondre l'ichthyose ni avec le psoriasis, ni avec aucune autre affection squameuse.

Le diagnostic différentiel de la *syphilide papulo-squameuse* et du psoriasis est parfois difficile à faire; cependant des différences importantes distinguent ces deux affections. Les papules syphilitiques sont cuivrées, d'un rouge sombre, dures et saillantes; les squames qui les recouvrent sont minces et transparentes. Les papules psoriasiques sont plus larges, plus plates, couvertes d'écailles épaisses et blanches qui masquent la couleur de la peau sous-jacente; quand on gratte les squames, on trouve au-dessous d'elles le derme congestionné et saignant. L'éruption syphilitique ne provoque aucune démangeaison; elle est souvent limitée à une région restreinte, tandis que le psoriasis envahit de larges surfaces à la fois. Nous avons déjà dit que la syphilis affectait avec prédilection la paume des mains et la plante des pieds.

Au cuir chevelu, on est exposé à confondre la *séborrhée sèche* et le *favus* avec le psoriasis. Mais les squames de la séborrhée sont plus petites, plus minces; elles sont molles, jaunâtres et *graisseuses;* le cuir chevelu n'est pas enflammé au-dessous d'elles. Le psoriasis se manifeste sous forme de larges plaques à contours nettement limités, tandis que la séborrhée est diffuse et disséminée sur toute la surface de la tête.

Le *favus* ressemble quelquefois au psoriasis, non le favus urcéolaire avec ses godets bien dessinés, mais le favus scutiforme et le favus squarreux anciens, avec leurs masses croûteuses épaisses. On évitera l'erreur en se rappelant que les croûtes faviques sont jaunes ou d'un

gris jaunâtre et non blanchâtres comme celles du psoriasis; qu'elles répandent souvent une odeur caractéristique *de souris;* que la délimitation des plaques faviques est encore plus tranchée que celle des plaques de psoriasis; que, dans le favus, les cheveux sont rares, décolorés et lanugineux, et que souvent enfin on observe des cicatrices sur un point quelconque du cuir chevelu [1]. Dans les cas obscurs, l'examen microscopique lèvera tous les doutes.

Le diagnostic du psoriasis et du *lupus érythémateux* de la face est parfois extrêmement difficile. Cependant les squames du lupus sont plus jaunes et plus molles; celles du psoriasis sont plus sèches et plus adhérentes. Dans le lupus, on trouve presque toujours des points cicatriciels, tandis que les papules du psoriasis ne laissent après elles que de simples taches pigmentées. Enfin, le lupus est presque toujours limité à la face; — dans le psoriasis, au contraire, il est rare de ne pas trouver quelques petites plaques squameuses sur le tronc ou sur les membres, notamment aux genoux et aux coudes.

L'*herpès circiné trichophytique* peut ressembler, à première vue, au psoriasis annulaire. Mais, dans l'herpès circiné, la peau est seulement rouge, couverte de vésicules, de croutelles ou de squames; elle ne présente pas d'élevures papuleuses comparables à celle du psoriasis. Les écailles du psoriasis sont plus épaisses et plus abondantes; elles sont blanches et nacrées. Dans les squames de l'herpès circiné, qui sont plus petites et plus minces, le microscope permet de reconnaître le parasite de la trichophytie.

Pronostic et traitement.

Le psoriasis est une affection généralement incurable; non pas que l'éruption elle-même ne puisse être guérie, mais parce que nous ne connaissons aucune médication interne ou externe capable d'en prévenir le retour.

Cependant, malgré son incurabilité, le psoriasis altère rarement la santé générale et ne compromet pas l'existence; à ce point de vue, son pronostic est toujours favorable.

On a employé jadis contre le psoriasis (Alibert, Rayer, Cazenave,

1. V. Lailler, *loc. sup. cit.*, p. 52.

Gibert) une foule de médicaments, tant internes qu'externes, qui sont aujourd'hui complètement tombés dans l'oubli et que je crois inutile de rappeler. Le seul de ces agents médicamenteux qui subsiste dans la thérapeutique actuelle est l'*huile de cade*, employée depuis longtemps à l'hôpital Saint-Louis, surtout à la suite des essais de Gibert et de Devergie. Devergie est le premier dermatologiste qui ait systématisé, en quelque sorte, le traitement du psoriasis, et c'est lui qui a insisté particulièrement sur les avantages de la *médication arsenicale*. M. Hardy conseille également, dans ses leçons, l'arsenic à l'intérieur et l'huile de cade localement. Bazin employait aussi l'huile de cade, comme le meilleur modificateur local du psoriasis; mais il pensait que le traitement général devait varier suivant la nature de l'affection; il donnait l'arsenic aux herpétiques et les alcalins aux arthritiques. Hébra, après avoir expérimenté tous les médicaments internes conseillés contre le psoriasis, n'en a reconnu qu'un seul dont l'efficacité lui ait paru réelle, c'est l'arsenic. Les deux préparations arsenicales préconisées par Hébra sont la liqueur de Fowler et les pilules asiatiques. Kaposi n'a obtenu de succès qu'avec l'arsenic et l'acide phénique (à l'intérieur); d'après E. Besnier, l'action de l'acide phénique (à la dose de 0,50 centigr. et même 1 gr. par jour) est notablement inférieure à celle de l'arsenic [1]. Les traitements locaux employés en Autriche et en Allemagne sont très variés. Les médecins de ces pays ont eu recours successivement aux bains prolongés, aux frictions avec le savon noir, aux préparations de goudron, à la solution de Vlemincks (chaux vive, soufre et eau) [2], à la pommade de Wilkinson modifiée par Hébra [3], et, plus récemment, à la chrysarobine et à l'acide chrysophanique, introduits dans la thérapeutique en 1878 par Balmanno Squire (de Londres [4]), et enfin à l'acide pyrogallique (Jarisch, de Vienne), dont les dermatologistes français ont également reconnu les bons effets.

Telles sont les différentes phases de l'histoire du traitement du psoriasis. — Il faut choisir maintenant parmi ces nombreux remèdes.

Le psoriasis étant certainement une manifestation diathésique, son

1. V. E. Besnier, notes à la trad. de Kaposi, t. I, p. 505.
2. V. la formule de cette solution, ci-dessus, p. 592.
3. V. ci-dessus la formule, p. 592.
4. V. *On the Treatment of Psoriasis by an ointment of chrysophanic acid*; by Balmanno Squire, London, 1878. — (Essays on the treatment of skin Diseases. — N° IV.)

traitement doit comprendre une *médication générale* et une *médication locale*.

Le *seul médicament interne*, qui donne *souvent* de bons résultats dans le traitement du psoriasis, est l'arsenic. Les deux meilleurs modes d'administration de l'arsenic sont : la *liqueur de Fowler* et la solution d'*arséniate de soude*. Il faut donner la liqueur de Fowler à la dose de huit gouttes par jour, en deux fois, et augmenter graduellement d'une goutte chaque jour jusqu'à seize ou vingt gouttes et même davantage. On peut employer également la solution de Hardy : arséniate de soude, 5 centigrammes, eau 300 grammes; une ou deux cuillerées par jour. E. Besnier prescrit une solution d'arséniate de soude « contenant exactement 2 milligr. 1/2 par 20 gr. d'eau ou par cuillerée à bouche; » le malade prend une ou plusieurs cuillerées de cette solution chaque jour, mais on ne peut dépasser la dose quotidienne de 2 à 3 centigrammes d'arséniate de soude (E. Besnier).

L'expérience a montré que l'arsenic était utile dans le psoriasis, mais il ne faudrait pas croire que son efficacité fût constante. Il y a même des cas où l'arsenic est dangereux et produit des effets toxiques. En dehors de ces cas d'intolérance, l'arsenic est encore nuisible pendant les périodes aiguës de la maladie; il ne fait qu'exaspérer l'éruption [1]. Il est parfois également nuisible chez les arthritiques; à ceux-là, suivant la juste remarque de Bazin, c'est surtout la *médication alcaline* qui convient. La médication arsenicale est particulièrement indiquée dans les psoriasis anciens et torpides, chez les individus affaiblis, anémiques ou lymphatiques.

Le *traitement local* du psoriasis doit remplir deux indications : 1° faire tomber les squames; 2° modifier la peau malade par des applications irritantes et substitutives.

On peut faire tomber les squames soit avec des bains de vapeur [2], soit avec des bains tièdes prolongés (alcalins ou amidonnés); généralement il est préférable de prescrire alternativement chaque jour un bain de vapeur ou un bain d'amidon. Les onctions avec de l'axonge simple, les enveloppements de caoutchouc [3] et les lotions savonneuses remplissent le même but.

1. Ces considérations s'appliquent aussi bien aux eaux arsenicales naturelles qu'aux préparations pharmaceutiques. (V. ci-dessus p. 188-190, 393 et 407.)

2. Préconisés surtout par Devergie.

3. L'emploi du caoutchouc doit être surveillé avec beaucoup d'attention, car les enveloppements prolongés peuvent déterminer des poussées aiguës (Lailler).

C'est quand les squames sont tombées qu'il faut employer les agents irritants. Jusqu'à ces derniers temps on s'est servi de l'huile de cade, qui est certainement un excellent topique substitutif; mais l'huile de cade, à cause de son odeur désagréable, est souvent d'un emploi difficile. On lui préfère aujourd'hui généralement l'acide chrysophanique ou l'acide pyrogallique, qui sont sans odeur.

Le *traitement par l'huile de cade* doit être institué de la manière suivante : 1° tous les soirs, en se mettant au lit, le malade fait, sur les plaques psoriasiques, une onction avec de l'huile de cade pure ou mitigée; 2° le matin, en se réveillant, il fait une onction générale, sur toute la surface du corps, avec de l'axonge; 3° dans la matinée, il prend chaque jour, alternativement, tantôt un bain de vapeur, tantôt un bain d'amidon.

L'*acide chrysophanique* ou la chrysarobine [1] (substance active de la poudre de Goa ou d'Araroba) sont employés sous forme de pommade. La proportion habituelle est de 4 gr. d'acide chrysophanique pour 30 ou 40 gr. d'axonge ou de vaseline. Cette pommade est étendue quotidiennement sur les plaques de psoriasis; il est bon de lui associer de fréquents bains d'amidon. Les inconvénients graves de l'acide chrysophanique sont de colorer la peau en noir ou en violet et de déterminer parfois une inflammation cutanée assez vive; on est alors obligé de cesser momentanément la pommade et de la remplacer par des applications émollientes.

L'*acide pyrogallique* est moins actif, mais il est d'un maniement moins dangereux que l'acide chrysophanique. Il produit cependant aussi une coloration noirâtre de la peau, surtout appréciable à la paume des mains. Il provoque quelquefois aussi de l'érythème, quand il est employé sans précautions; mais cet érythème n'est jamais grave, et cède facilement à des lotions émollientes et à des bains d'amidon. D'après quelques auteurs (Kaposi, Duhring), l'acide pyrogallique serait absorbé par la peau; il faut donc surveiller l'action du médicament, et cesser son emploi dès que les urines deviennent noires. — L'acide pyrogallique doit être prescrit en pommade, à la dose de 5 gr., ou 10 gr. pour 100 d'axonge. Les onctions avec cette pommade doivent être faites une ou deux fois par jour. Il est utile de prescrire en même temps des bains d'amidon.

1. L'acide chrysophanique et la chrysarobine diffèrent peu, chimiquement, l'un de l'autre.

Avec ce traitement, on *nettoie* un psoriasis dans une moyenne de trois semaines à un mois environ (E. Besnier).

Les eaux minérales ont peu d'action sur le psoriasis. Quelle que soit leur composition chimique, elles agissent surtout par le ramollissement et la macération de l'épiderme; c'est de cette façon que sont utiles les bains prolongés, tels qu'on les emploie à Loëche en Suisse.

Il est important, pour les malades atteints de psoriasis, de suivre les règles d'une hygiène sévère. Les excès de toutes sortes, les aliments excitants et les boissons alcooliques leur sont très nuisibles. Les psoriasiques doivent éviter le froid ; ils ont besoin de se couvrir beaucoup pendant l'hiver, pour favoriser la transpiration cutanée.

Chez quelques-uns, les moyens hygiéniques sont seuls applicables, et il est bon de s'abstenir de toute thérapeutique active. Certains de ces malades, en effet, sont atteints de troubles dyspeptiques ou de bronchites tenaces dès que l'éruption cutanée disparaît complètement. Dans ces cas-là, le traitement devra consister uniquement en bains fréquents, en lotions savonneuses et en onctions grasses.

La disparition complète du psoriasis peut-elle déterminer des accidents plus graves encore [1]? Nous serions tentés de le croire, car nous connaissons plusieurs observations de cancers viscéraux, chez d'anciens psoriasiques.

---

1. V. ci-dessus, p. 179.

N. B. — V. la planche chromolithographiée du psoriasis à la fin du volume : Planche VIII, figure 3.

DEUXIÈME GENRE

PITYRIASIS

Étymologie. — De πιτυρον son; πιτυριασις.

Synonymes. — *Porrigo*, Celse, Lorry; *Porrigo capitis; tinea furfuracea; tinea porriginosa; pityriasis,* Willan et Bateman, Rayer, Cazenave, Gibert, Bazin, Hardy, etc.; *dartre furfuracée volante, herpès furfureux,* Alibert;

Vulgo : teigne de son, dartre furfuracée.

Historique.

Les anciens connaissaient certainement le pityriasis, spécialement le *pityriasis capitis;* Galien en fait mention. *Mercurialis* a parfaitement établi que le porrigo des Latins était la même affection que le pityriasis des Grecs [1], et *Lorry* a su distinguer le pityriasis (ou porrigo) de l'eczéma. Cependant jusqu'à *Willan* on a souvent donné le nom de pityriasis à des maladies bien différentes.

Bateman, d'après Willan, réserve cette dénomination à une affection cutanée très *superficielle*, « caractérisée par des plaques irrégulières d'écailles minces, qui se détachent et se reproduisent à plusieurs reprises, mais qui ne forment jamais de croûtes et ne sont point accompagnées d'excoriations [2] ». Il distingue quatre variétés de pityriasis : 1° le *pityriasis capitis;* 2° le *pityriasis rubra*, qui ressemble au psoriasis diffusa; 3° le *pityriasis versicolor;* 4° le *pityriasis nigra.*

1. V. Mercurialis, De porrigine; *tract. de morbis cutaneis*, cap. VIII; cité par Gibert, *loc. cit.*, t. I. p. 397.
2. V. Bateman, *loc. cit.*, trad. Bertrand, p. 77.

Alibert décrit le pityriasis sous le nom de *dartre furfuracée* [1] et sous celui d'*herpès furfureux volatil* [2]. Il rattache le pityriasis versicolor aux éphélides (*éphélide hépatique*) [3], et, plus tard, au genre *Pannus* (*pannus hepaticus*) [4]. D'après Bateman, l'éphélide scorbutique noire d'Alibert serait identique au pityriasis nigra de Willan [5].

Rayer définit le pityriasis : « une inflammation chronique de la peau, qui s'annonce par des points ou des *taches* rouges, sur lesquelles s'établit ou se renouvelle une desquamation *farineuse* ou *foliacée* de l'épiderme ». Il distingue un pityriasis général et un pityriasis local.

Le *pityriasis général* de Rayer est la même affection qui a été décrite plus tard par Devergie et par Hébra sous le nom de pityriasis rubra, dénomination créée par Willan. C'est, d'après Rayer, une variété rare, grave et de longue durée, qui peut se terminer par la mort.

Le *pityriasis local* est celui qui est borné à une région du corps; il comprend les variétés suivantes : 1° le *pityriasis capitis*, variété très fréquente, qui a été confondue à tort avec les desquamations consécutives au psoriasis, à l'eczéma, etc.; 2° le *pityriasis des paupières*, qui peut être accompagné de la chute des cils et de la propagation de l'inflammation à la conjonctive; 3° le *pityriasis des lèvres*, caractérisé par une rougeur assez vive et une desquamation continuelle de l'épithélium labial; 4° le *pityriasis de la plante des pieds et de la paume des mains*, qui diffère du psoriasis en ce que sa lésion est uniquement constituée par des taches squameuses et non par des papules; 5° le *pityriasis buccal*, qui représente les affections connues aujourd'hui sous les noms de psoriasis buccal et de glossite desquamative (desquamation épithéliale de la langue); 6° le *pityriasis du prépuce et des grandes lèvres*.

Rayer rattache le *pityriasis versicolor*, qu'il confond avec le chloasma, et le *pityriasis nigra* de Willan ou *melasma* aux *colorations pigmentaires* accidentelles [6].

Biett, Cazenave et Schedel [7], *Maurice Chausit* [8] admettent, sans

1. V. Alibert, *Traité théor. et prat. sur les mal. de la peau*, t. I, p. 201.
2. V. Alibert, *Monographie des dermatoses*, p. 331.
3. V. *Traité théor. et prat. sur les mal. de la peau*, t. I, p. 410.
4. V. *Monographie des dermatoses*, p. 741.
5. V. Bateman, *loc. cit.*, p. 82. Alibert, *Traité des mal. de la peau*, p. 416.
6. V. Rayer, *loc. cit.*, t. II, p. 160 à 170.
7. V. Cazenave et Schedel, *loc. cit.*, p. 349.
8. V. M. Chausit, *loc. cit.*, p. 149.

aucune modification, les quatre variétés de Willan : pityriasis capitis, rubra, versicolor, nigra.

Gibert décrit cinq espèces de pityriasis, savoir : le p. simplex, le p. rosé, le p. rubra, le p. versicolor et le p. nigra [1].

Le *pityriasis simplex* comprend le p. capitis de Willan; mais la première dénomination vaut mieux que la seconde, qui ne repose que sur la considération du siège de la maladie.

Le *pityriasis rosé* a été créé par Gibert, qui en donne une description très remarquable; c'est une espèce qui mérite d'être conservée.

Le *pityriasis rubra* « est caractérisé par une desquamation *foliacée* et lamelleuse (et non plus seulement furfuracée) ». C'est une affection très grave qui a été quelquefois confondue à tort avec le pompholix.

Gibert admet enfin que le *pityriasis versicolor* est dû au développement d'un champignon spécial (microsporon) découvert par Bazin. — Quant au *pityriasis nigra*, c'est une des manifestations de l'érythème épidémique observé à Paris en 1828 (acrodynie).

Devergie décrit cinq espèces principales de pityriasis : *alba*, *rubra*, *versicolor*, *nigra*, *pilaris*. Il distingue ensuite les variétés *fugax*, *perstans*, *diffusa*, *circumscripta*, auxquelles il n'attache que peu d'importance [2].

Le *pityriasis alba* n'est autre que le pityriasis simplex de Gibert et le pityriasis capitis de Bateman.

Le *pityriasis rubra* est caractérisé par une rougeur vive, couverte de squames larges et abondantes. C'est la seule affection qui, avec le psoriasis aigu, puisse envahir à la fois toute la surface cutanée. Devergie distingue parfaitement le pityriasis rubra de l'eczéma diffus, du psoriasis et du pemphigus foliacé [3].

Devergie rapproche sans raison l'*achromie* (vitiligo) du pityriasis nigra, affection mal déterminée. Il décrit enfin, de main de maître, le *pityriasis pilaris*, dont la création lui appartient complètement.

Bazin [4] admet un pityriasis de *cause externe* et un pityriasis de *cause interne*.

Le pityriasis de cause externe renferme le p. *artificiel* et le p. *parasitaire* (p. versicolor et p. alba trichophytique).

1. V. Gibert, *loc. cit.*, p. 401 à 407.
2. V. Devergie, *loc. cit.*, p. 334 et suivantes.
3. V. Devergie, *loc. cit.*, p. 444 et 304.
4. V. Bazin, *Leçons sur les affect. génér. de la peau*, recueillies par Baudot, 1862, p. 362 et suivantes.

Le pityriasis de cause interne comprend : 1° le p. *arthritique* (soit pseudo-exanthématique ou *rubra aigu* [1], soit chronique ou *pilaris*); 2° le p. herpétique, qui peut être également soit une affection aiguë, exanthématique (pit. rubra herpétique), soit une herpétide sèche ou chronique; cette forme renferme le pityriasis simple ou alba et un pityriasis rubra chronique ou inflammatoire.

Il faut reconnaître que toutes ces divisions et subdivisions ne font que compliquer, sans aucun profit, l'histoire du pityriasis.

Hardy sépare, avec raison, du pityriasis la variété dite versicolor, qui n'est en réalité qu'une maladie parasitaire. Dans ses premières leçons [2], il admet quatre variétés de pityriasis : p. *alba* ou *commun*, p. *rubra*, p. *nigra*, p. *pilaris*. Plus tard [3], il rattache le p. alba, simplex ou commun à l'eczéma, et ne reconnaît plus que le p. *rubra* et le p. *pilaris* (confondu par lui avec le lichen pilaris), variétés auxquelles il en adjoint une nouvelle, le p. circiné; cette dernière forme correspond sans doute au pityriasis rosé de Gibert et au p. rubra aigu de Bazin.

Hébra, *Neumann* et *Kaposi* n'admettent et ne décrivent spécialement que le *pityriasis rubra*. Ils rattachent le pityriasis simple soit à l'eczéma squameux, soit à la séborrhée, le pityriasis nigra aux altérations pigmentaires (melasma). Le pityriasis versicolor est une affection parasitaire [4].

Duhring décrit le *pityriasis rubra* de Hébra et le p. *maculata et circinata*. Le pityriasis simplex appartient soit à l'eczéma squameux, soit à la séborrhée [5].

Erasmus Wilson rattache le pityriasis à l'eczéma (*eczema squamosum*). Il décrit à part l'*eczema exfoliativum* (dermatite exfoliatrice) [6].

Tilbury Fox décrit dans les affections squameuses (*squamous inflammations*) le pityriasis rubra et le pityriasis pilaris de Devergie, dont

1. Cette forme correspond au pityriasis rosé de Gibert,
2. V. Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau* publiées par Moysant, 1858, p. 111 et suivantes.
3. V. Hardy, *Leçons sur les affections cutanées dartreuses*, 1862.
4. V. Hébra. *loc. cit.*, trad. Doyon, t; I. p. 472-495-101 109; t. II, p. 17 et 889.
Neumann p. 83, 373, 205, 272, 567.
Kaposi, t. I, p. 212; 516, 543, t. II, p. 451.
5. V. Duhring. *loc. cit.*, trad. Barthélemy et Colson, p. 106-181-374-377.
6. V. E. Wilson. *The Student's Book of Cutaneous medicine*, London, 1864, t. I, p. 82–99 et 100.
Lectures on ekzema, 1870, p. 150 et 356.
Lectures on Dermatology, 1871, p. 37.

il fait une variété de l'espèce précédente. Le pityriasis simplex ou capitis est, pour lui, une forme de l'eczéma [1].

Neligan et *Belcher* adoptent la classification de Rayer; ils reconnaissent deux formes de pityriasis : le p. *diffusa* et le p. *localis*, et décrivent toutes les variétés locales de la maladie, d'après l'auteur français [2].

Définition et division.

Le pityriasis est une inflammation cutanée, caractérisée essentiellement par une desquamation furfuracée ou lamelleuse, plus ou moins abondante, partielle ou générale de l'épiderme, précédée et accompagnée ou non d'une rougeur plus ou moins vive, mais sans aucune élevure papuleuse ou autre de la peau.

Parmi toutes les variétés de pityriasis admises par les auteurs, il en est deux qui doivent tout d'abord être éliminées : le pityriasis versicolor et le pityriasis nigra. Le *pityriasis versicolor* est une affection parasitaire (microsporon furfur). Le *pityriasis nigra* est une forme morbide mal déterminée, qui paraît se rapporter à des *altérations pigmentaires secondaires*, consécutives à des lésions diverses.

En tenant compte des dénominations multiples données par les différents dermatologistes à la même forme, nous conservons seulement les espèces suivantes :

1° Le *pityriasis simple* (p. commun ; p. alba non parasitaire);

2° Le *pityriasis rosé* de Gibert (p. rubra aigu de Bazin);

2° Le *pityriasis pilaris* de Devergie;

4° Le *pityriasis rubra*.

Le pityriasis simple, qui comprend le pityriasis capitis, est distinct, comme nous le montrerons plus loin, de l'eczéma squameux et de la séborrhée sèche.

Le pityriasis rosé est une entité parfaitement définie, une sorte d'exanthème aigu.

Le pityriasis rubra comprend non seulement le pityriasis rubra chronique de Hébra (pityriasis rubra de Willan, de Gibert, de Devergie), mais encore la *dermatite exfoliatrice* de Wilson, de Vidal et de Brocq, et la plupart des faits publiés récemment sous la dénomination d'*érythème scarlatiniforme desquamatif*.

1. V. T. Fox, *Skin Diseases*, third edition, 1873, p. 166-167, 252-254.
2. V. Neligan et Belcher, *loc. cit.*, p. 276.

Description des espèces.

I. Pityriasis simple.

Synonymes. — *Pityriasis capitis* de Willan; *Pityriasis alba* de Devergie; *Pityriasis simple ou alba, herpétique* de Bazin; *herpès furfureux volatil* d'Alibert.

Vulgo : Dartre farineuse, pellicules.

Le pityriasis simple doit être distingué très nettement de l'eczéma squameux, car il est *constamment sec;* il est uniquement squameux, et jamais ni vésiculeux, ni papuleux [1].

Symptômes. — Le pityriasis simple se présente sous l'aspect de plaques squameuses irrégulières, d'une étendue variable, quelquefois disséminées sur toute la surface du corps, plus souvent limitées à une région plus ou moins restreinte, aux joues, au front, aux paupières, à la barbe, au cuir chevelu (*pityriasis capitis*).

Les squames, semblables à des parcelles de son, n'adhèrent presque pas à la peau; on les enlève facilement par le grattage; elles tombent et se renouvellent incessamment. Elles sont blanchâtres ou grisâtres, très minces, très petites, et reposent sur des surfaces qui tantôt ont conservé la teinte normale de la peau, tantôt sont colorées par une légère rougeur pâle et diffuse.

Les taches pityriasiques ne forment aucune saillie; elles ne présentent ni papules, ni vésicules, ni croûtes; elles sont absolument sèches et ne suintent jamais. Elles déterminent des démangeaisons quelquefois assez vives, d'autres fois à peine sensibles, qui augmentent généralement sous l'influence de la chaleur où à la suite des excès de table.

Il est rare que le pityriasis simple soit généralisé; le plus souvent il est localisé soit à la face, soit au tronc. Chez les enfants, il occupe les joues et les lèvres et est à peine prurigineux, ou bien il s'accumule en squames lamelleuses sur le cuir chevelu et constitue la teigne amiantacée d'Alibert (Hardy). Chez les adultes c'est surtout le *cuir chevelu* qui est atteint; les squames sont alors sèches, très ténues, farineuses et très abondantes; l'inflammation ne se propage que très len-

1. V. Les leçons de Bazin, 1862, *loc. sup. cit.*, p. 361, note.

tement aux follicules pileux, de sorte que les cheveux ne tombent qu'après une longue durée de la maladie. Le pityriasis capitis est ordinairement très prurigineux et les plaques qui le constituent présentent souvent une rougeur assez vive; il existe dans les deux sexes. Chez l'homme, la même affection n'est pas rare dans la barbe.

Anatomie pathologique. — Bien que l'on n'ait pas eu l'occasion de faire l'examen histologique de la peau dans le pityriasis simple, il est vraisemblable que les lésions cutanées de cette affection sont analogues à celles de l'eczéma. Si l'on examine au microscope les squames pityriasiques, on voit qu'elles sont formées, comme celles de l'eczéma, de cellules aplaties dont le noyau subsiste et se colore en rouge par le carmin; il est donc probable qu'il existe dans le pityriasis simple un trouble profond de la kératinisation épidermique.

Étiologie. — Les causes du pityriasis simplex sont le plus souvent mal déterminées. Cette affection peut survenir sous l'influence d'irritants directs (les brosses, le peigne, le rasoir). On l'observe parfois chez des sujets arthritiques ou lymphatiques; mais elle existe aussi chez des individus dont la santé générale ne laisse rien à désirer.

Malassez a soutenu la nature parasitaire du pityriasis simple; il a même donné la description d'un parasite spécial, uniquement formé de spores, qu'il regarde comme la cause de la maladie [1]; mais il est prouvé que ces spores sont des spores banales (*torula vulgaris*, Vidal [2]), qui n'ont aucun caractère spécifique et qu'on trouve dans tous les produits de desquamation de l'épiderme, même à la surface de la peau saine.

Diagnostic. — Le pityriasis simple diffère de l'*eczéma* par l'absence complète de vésicules et de suintement à toutes les périodes de son développement [3]; il diffère du *psoriasis*, en ce que les taches, sur lesquelles les squames reposent, ne font aucune saillie au-dessus des parties voisines [4].

Le pityriasis simple doit être également distingué de la séborrhée sèche, de la teigne tondante, du pityriasis alba parasitaire, du pityriasis versicolor et de l'ichthyose.

Les squames de la *séborrhée* sont plus larges que celles du pityriasis;

1. V. Malassez, *Archives de physiologie*, 1874.
2. V. Vidal, *Leçons sur le pityriasis. Progrès médical*, 1877; — tirage à part, p. 10.
3. V. ci-dessus, p. 348.
4. V. ci-dessus, p. 610.

elles sont molles et graisseuses; la peau n'est pas rouge au-dessous d'elles. Les cheveux sont secs dans le *pityriasis capitis;* ils sont, au contraire, très gras, dans la séborrhée.

La *teigne tondante* au début peut être confondue avec le pityriasis capitis. Mais les plaques erythémato-squameuses de la teigne sont arrondies, circulaires, plus régulières et mieux circonscrites que celles du pityriasis. Plus tard la brisure et l'engainement des poils établissent le diagnostic sans aucun embarras.

Dans le *pityriasis alba trichophytique,* qui est le deuxième degré de la trichophytie de la barbe, les poils sont brisés à quelques millimètres de la peau, enveloppés d'une gaine blanche floconneuse, qui n'est autre chose que de la matière cryptogamique, et entourés de squames épidermiques grisâtres : cet aspect est tout différent de celui du pityriasis simple. De plus, le pityriasis alba est souvent accompagné d'herpès circiné ou même de tubercules sycosiques (Bazin). Dans la teigne, à la première et à la seconde période, l'épilation ne se fait pas comme dans le pityriasis. Dans ce dernier, les poils résistent à la traction; on peut les extraire en entier; leur arrachement est douloureux. Dans l'affection parasitaire, au contraire, les poils, altérés par le champignon, sont friables, n'offrent aucune résistance à la pince et se cassent au lieu de se laisser extraire [1]. Enfin, dans les cas douteux, l'examen microscopique fera reconnaître la nature exacte de la maladie.

Le *pityriasis versicolor* est caractérisé par des taches squameuses jaunâtres, dont la couleur rappelle celle du café au lait. Ces taches sont plus ou moins étendues, irrégulières, et siègent particulièrement sur le devant de la poitrine, parfois sur le cou et dans le dos. La peau n'est pas congestionnée au-dessous des squames, et l'examen microscopique de celles-ci permet de découvrir les spores du *microsporon furfur*.

Dans l'*ichthyose*, la peau est uniformément sèche et rugueuse, couverte d'écailles souvent imbriquées, plus larges et plus adhérentes que celles du pityriasis. Au-dessous des squames, la peau n'est pas enflammée; elle a conservé sa coloration normale. L'ichthyose, enfin, est une affection congénitale, généralisée ou, au moins, diffuse et étendue sur de larges surfaces.

1. V. Bazin. *Leçons sur les affect. parasit.* 1858, p. 184.

Pronostic et traitement. — Le pityriasis simple n'est jamais grave; mais il est ordinairement très rebelle, quand il siège sur les régions pilaires, à la barbe et au cuir chevelu. Il est sujet à des récidives fréquentes.

Le pityriasis simple des parties glabres, quand il est discret et peu étendu, doit être traité uniquement par des bains alcalins et par des applications de glycérolé d'amidon ou de pommades au calomel ou à l'oxyde de zinc. On obtient aussi de bons résultats avec les lotions salicylées [1]. Lorsque les plaques pityriasiques sont larges et nombreuses, lorsque la maladie tend à s'invétérer ou à s'étendre, il est souvent nécessaire d'employer l'huile de cade mitigée ou des pommades à l'huile de cade.

Chez les enfants, les petites plaques furfuracées du visage guérissent assez facilement avec des lotions d'eau salée.

Le pityriasis des régions pilaires, de la tête et de la barbe, exige un traitement plus long. Il faut couper les poils le plus près possible de la peau, faire des lotions savonneuses fréquentes et des applications réitérées d'huile de cade, quelquefois pure, le plus souvent mélangée avec de l'huile d'amandes douces en proportion variable.

Contre le pityriasis du cuir chevelu, nous avons employé avec succès les lotions chloralées [2].

II. — Pityriasis rosé [3].

Synonymes. — *Pityriasis rosé*, Gibert; *pityriasis rubra aigu, maculata et circinata; arthritide pseudo-exanthématique*, Bazin; *pityriasis circiné*, Hardy; *eczéma érythémateux*, Erasmus Wilson; *pseudo-exan-*

1.	℞	Acide salicylique	1 gr.
		Alcool à 36°	10
		Eau	100

ou bien :

	℞	Salicylate de soude	2
		Eau	100
2.	℞	Hydrate de chloral	3
		Glycérine	ãã 25
		Alcool	
		Eau	100

3. Voy. Gibert, *loc. cit.*, t. I. p. 402.
Bazin. *Affect. génér. de la peau, loc. sup. cit.*, p. 365.
Horand. *Ann. de Dermatologie*, t. III, n° 5, 1875.
Vidal. *Leçons sur le pityriasis. Progrès médical* 1877.
Metton. *Thèse de Paris* 1877. (*Du pityriasis rosé.*)
Nicolas. *Thèse de Paris* 1880. (*Du pityriasis rosé ou de la roséole squameuse.*)

Diagnostic. — Nous avons déjà distingué la *roséole* [1] et le *psoriasis* [2] du pityriasis rosé.

Cette affection peut encore être confondue avec la syphilide érythémateuse, avec le pityriasis versicolor, avec l'herpès circiné et l'érythème trichophytique.

La *roséole syphilitique* (syphilide érythémateuse) a son siège de prédilection sur l'abdomen, sur les flancs, sur la partie inférieure du thorax, sur la face antérieure des avant-bras; le pityriasis rosé débute, au contraire, par le cou et le devant de la poitrine. Les taches de la roséole syphilitique sont d'une teinte sombre ou cuivrée, et non squameuses. Elles sont accompagnées d'adénopathies ganglionnaires et d'autres accidents syphilitiques.

Les squames du *pityriasis versicolor* sont jaunâtres, plus larges que celles du pityriasis rosé ; elles contiennent des spores de *microsporon furfur*. L'éruption parasitaire n'est pas généralisée; elle a une marche lente et chronique.

La *trichophytie circinée* occupe particulièrement le dos de la main, le poignet et le cou; elle est parfois très prurigineuse; elle ne se généralise pas rapidement comme le pityriasis rosé, mais elle ne disparaît pas spontanément comme lui. Ses anneaux sont souvent plus rouges que ceux du pityriasis circinata. Enfin l'examen microscopique est un moyen de diagnostic certain dans les cas douteux.

Il est impossible de confondre le pityriasis rosé avec la *rougeole*, qui est précédée et accompagnée de fièvre et de phénomènes généraux, de catarrhe oculo-nasal et bronchique, etc.

Pronostic et traitement. — Le pityriasis rosé se termine toujours heureusement et spontanément.

Pour tout traitement, il faut prescrire des bains d'amidon, des onctions avec le glycérolé d'amidon, et un purgatif, s'il y a lieu.

III. — Pityriasis pilaris [3].

Cette affection a été décrite pour la première fois par *Devergie*; cependant on en trouve une observation dans l'ouvrage de *Rayer*

1. V. ci-dessus, p. 287.
2. V. ci-dessus, p. 610.
3. V. Devergie, *loc. cit.*, p. 454.
Richaud, thèse de Paris, 1877 : *Etude sur le pityriasis pilaris.*
E. Besnier note à la trad. de Kaposi, t. I, p. 520.
Brocq. Mémoire sur le pityriasis rubra, *Arch. gén. de méd.*, mai et juillet 1884.

sous le titre de *psoriasis général* [1]. D'après Devergie, le pityriasis pilaris est toujours précédé d'un pityriasis rubra, qui débute par la paume des mains et le cuir chevelu et envahit ensuite toute la surface du corps; de sorte que cet auteur semble regarder le pityriasis pilaris comme un accident secondaire, comme une conséquence possible du pityriasis rubra. L'opinion de Devergie a été longtemps admise par un certain nombre d'auteurs, notamment par Tilbury Fox. Mais aujourd'hui, après les travaux d'*Ernest Besnier* et de *Richaud*, la plupart des dermatologistes français considèrent le pityriasis pilaris comme une maladie essentielle, distincte du pityriasis rubra proprement dit [2].

Symptômes [3]. — Le plus souvent, le pityriasis pilaris se développe lentement. Il débute par des *plaques rouges squameuses*, qui occupent généralement la paume des mains et la plante des pieds (psoriasis palmaire et plantaire de Devergie), et qui peuvent apparaître également sur le thorax ou sur un autre point du corps.

Ces plaques rouges sont irrégulières, d'une étendue variable; parfois elles recouvrent tout le tronc, tout un membre et même uniformément toute la surface cutanée. Elles sont tantôt diffuses et mal délimitées, tantôt, au contraire, circonscrites par des bords nets et tranchés. Elles ne forment pas de saillie appréciable au-dessus des téguments sains (Richaud); mais on trouve quelquefois autour d'elles de petites papules isolées, dures, acuminées, rouges et squameuses (Brocq). Leur coloration, d'un rose pâle plutôt que rouge, disparaît momentanément sous la pression du doigt. La peau malade n'est pas épaissie; elle ne présente jamais ni vésicules, ni suintement, ni croûtes; elle est toujours sèche et couverte de squames.

1. V. Rayer, *loc. cit.*, t. II, p. 158. — *Psoriasis général; apparence particulière de la desquamation sur les points occupés par les poils* : Observation communiquée par M. Tarral, médecin de l'hôpital Saint-Barthélemy (de Londres).

2. Le Dr *Brocq*, qui a bien voulu me remettre une note manuscrite sur la *nature du pityriasis pilaris*, pense que cette affection est une dermatose tout à fait spéciale, bien caractérisée par sa marche très lente, par son évolution irrégulière, par la séborrhée qui l'accompagne si souvent, par l'exagération fréquente de la production des phanères, par les cônes épidermiques circumpilaires et par l'intégrité de la santé générale. Peut-être faudrait-il ranger le pityriasis pilaris à côté du psoriasis? — Je puis ajouter d'ailleurs qu'Hillairet regardait jadis le pityriasis pilaris de Devergie comme un psoriasis pilaris.

Brocq pense également que quelques-uns des cas décrits en Allemagne sous le nom de lichen ruber acuminé doivent être rapportés au pityriasis pilaris.

3. Cette description est un résumé de la thèse de Richaud, inspirée par E. Besnier, et du Mémoire déjà cité de Brocq.

Ces squames, qui occupent toute l'étendue des plaques rouges, sont fines, pityriasiques et ont de la tendance à s'accumuler sur certaines régions, aux plis articulaires par exemple. Elles représentent alors des crêtes linéaires, formées de débris épidermiques qui coiffent les papilles hypertrophiées, et rappellent un peu l'aspect de l'ichthyose hystrix (Brocq).

A la paume des mains, qui est souvent le siège de début de l'affection, et à la plante des pieds, la desquamation présente une forme particulière. « Elle consiste dans la présence de larges écailles épidermiques, qui donnent à cette région l'apparence d'une surface cornée et calleuse. L'épiderme, ainsi considérablement épaissi, surtout sur les éminences thénar et hypothénar, se laisse arracher par lambeaux larges et épais » (Richaud). L'exfoliation épidermique peut également devenir quelquefois lamelleuse sur le reste du corps, notamment sur le tronc, à certaines phases d'évolution de la maladie; dans ces circonstances, les squames ne sont plus pityriasiques, mais larges, blanches, feuilletées, presque semblables à celles de la dermatite exfoliatrice (Besnier, Brocq).

Les plaques érythémato-squameuses siègent surtout au tronc, au cou, aux bras, à la partie supérieure des cuisses; elles atteignent plus rarement les membres inférieurs et la tête (Richaud). Quand l'éruption envahit la face, la rougeur est souvent accompagnée d'une *sécrétion séborrhéique*, dont le produit s'accumule en couche épaisse dans le sillon naso-génial, sur le nez, sur le front, quelquefois sur toute la figure. Cette séborrhée est surtout abondante au cuir chevelu; elle engaine et agglutine les cheveux, et forme avec eux un magma inextricable. La même hypersécrétion sébacée peut exister également sur les plis de flexion des grandes articulations (aisselle, aine, pli du coude).

Les *poils* et les *ongles* subissent des altérations variables; souvent, leur accroissement est exagéré (Vidal); dans d'autres cas, les poils tombent facilement, et les ongles sont épaissis, striés, déformés, soulevés par la desquamation de la matrice unguéale (Richaud).

Enfin, on observe autour des follicules pileux une lésion très importante, qui doit être regardée comme le caractère essentiel du pityriasis pilaris (Richaud); cette lésion est constituée par les *cônes épidermiques circumpilaires*.

Ces cônes peuvent siéger sur toutes les régions couvertes de poils, à l'exception du cuir chevelu, de la barbe et du pubis. Ils sont surtout bien

développés à la face dorsale des premières et des secondes phalanges des doigts; de là ils s'étendent sur le dos de la main et à la face externe de l'avant-bras. On les a rencontrés aussi sur le cou, sur le front et sur les épaules (Devergie), sur le dos (T. Fox), sur la face interne des genoux, sur le ventre et sur la verge (Richaud). La description des cônes épidermiques a été faite par Richaud dans les termes suivants : « Ces éminences épidermiques siègent exclusivement autour des poils. Elles sont constituées par deux parties : l'une intradermique, pointue, qui s'enfonce vers la base du follicule; l'autre extradermique, à sommet tronqué, qui regarde l'extrémité libre du poil. Elles ont donc la forme d'un tronc de cône qui, par sa base, supporterait un cône non tronqué. Elles sont tantôt traversées par un poil, l'entourant comme une bague entoure un doigt; tantôt, au contraire, elles recouvrent le poil, l'emprisonnent, l'empêchent de sortir. Si alors on arrache cette petite éminence, le poil rendu à la liberté se déroule et se redresse. Toutes ces petites éminences donnent à la peau qui les supporte l'aspect de la chair de poule, et à la main la sensation d'une râpe. — Habituellement, les cônes épidermiques ainsi constitués ne siègent pas sur les régions occupées par la desquamation pityriasique. Souvent ces deux lésions se confondent par degrés insensibles, mais d'autres fois elles sont nettement séparées [1]. »

Les *symptômes subjectifs* de cette affection sont à peu près nuls. Les malades éprouvent quelquefois un peu de prurit ou une sensation de picotement à la surface de la peau, une diminution de la sensibilité de la pulpe des doigts. La santé générale reste toujours bonne.

La *marche* du pityriasis pilaris est extrêmement lente. D'après Devergie, les lésions pilaires caractéristiques seraient toujours précédées d'abord de desquamation palmaire, puis de pityriasis du cuir chevelu, enfin de pityriasis du reste du corps; cet ordre de succession est loin d'être constant. La maladie, quand elle est arrivée à son complet développement, peut rester généralisée, dans le même état, pendant plusieurs années (Brocq). Son évolution est d'ailleurs encore imparfaitement connue.

Etiologie. — Le pityriasis pilaris peut se développer à tous les âges. Il paraît plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Mais on ne sait rien de certain sur ses causes.

1. V. Richaud, *loc. cit.*, p. 41-42.

Diagnostic. — Cette affection ne peut être confondue avec l'*ichthyose*, maladie congénitale, dont la desquamation n'est pas accompagnée de rougeur de la peau et qui n'envahit pas les plis articulaires.

Elle se distingue de toutes les variétés de lichen et notamment du *lichen pilaris*, par ses larges plaques rouges squameuses et par la séborrhée qui l'accompagne généralement.

Les papules rouges et saillantes et les squames brillantes et nacrées du *psoriasis* sont des caractères assez nets pour empêcher de confondre cette affection avec le pityriasis pilaris.

La confusion du pityriasis pilaris avec l'*eczéma* est impossible, d après les symptômes que nous avons énumérés.

Pronostic et traitement. — Le pityriasis pilaris est une affection chronique, très rebelle et d'une très longue durée; mais il n'exerce aucune influence fâcheuse sur l'état général.

Tous les médicaments internes, employés jusqu'à ce jour contre cette maladie, ont échoué, à l'exception de l'acide phénique [1], qui paraît avoir donné quelques bons résultats à Kaposi et à E. Besnier.

Comme médication locale on a employé les applications de glycérolé d'amidon simple, de glycérolé tartrique (5 d'acide tartrique pour 100 de glycérolé) [Vidal], de glycérolé d'amidon additionné d'eau de laurier-cerise (10 pour 100) [Lailler], et de pommades à l'acide pyrogallique (E. Besnier).

IV. — Pityriasis rubra [2].

Synonymes. — *Pityriasis rubra*, Willan et Bateman, Devergie, Hebra; *Pityriasis général*, Rayer; *dermatite exfoliatrice* (Wilson, Vidal).

L'histoire du pityriasis rubra est encore assez obscure. Beaucoup d'auteurs ont longtemps confondu cette dermatose avec le pemphigus foliacé (herpétide exfoliatrice de Bazin), avec l'eczéma généralisé, avec le psoriasis diffus. D'autres ont décrit comme maladies indépen-

1. A la dose de 0,80 centigrammes à 1 gramme 20 par jour (E. Besnier).
2. V. Hebra, *loc. cit.*, trad. Doyon, t. I, p. 472.
Brocq, thèse de Paris 1882 (*De la dermatite exfoliatrice*), et Mémoire sur le pityriasis rubra, *Arch. génér. de méd.*, mai-juillet, août 1884.
Percheron, thèse de Paris 1875 : *De la dermatite exfoliatrice généralisée.*

dantes des affections squameuses qui doivent certainement lui être rattachées.

Aujourd'hui, la séparation du pemphigus foliacé, de l'eczéma généralisé, du psoriasis diffus, du pityriasis pilaris et du pityriasis rubra ne peut plus faire l'objet d'aucune contestation. Mais, d'autre part, des travaux récents ont montré qu'il était légitime de distinguer *plusieurs formes de pityriasis rubra*, et au moins *deux principales :* le pityriasis rubra chronique de Hebra, et une forme subaiguë, la dermatite exfoliatrice généralisée de Wilson, de Vidal et de Brocq [1].

Dermatite exfoliatrice [2]. — *Symptômes.* — Cette affection débute ordinairement sans prodrômes, par une ou plusieurs plaques rouges, souvent prurigineuses, qui peuvent siéger sur un point quelconque du corps, mais qui occupent de préférence les grands plis articulaires, les parties génitales et la ceinture. Les plaques primitives s'étendent et se généralisent rapidement, en envahissant d'abord les membres

1. Le Dr Brocq, qui a fait une étude spéciale du pityriasis rubra, a bien voulu me remettre, à ce sujet, une note que je transcris textuellement :

« Sous le nom de *pityriasis rubra*, la plupart des dermatologistes étrangers et quelques dermatologistes français ont décrit des affections de nature fort différente, ayant pour caractères communs une rougeur intense généralisée du derme et une desquamation lamelleuse plus ou moins abondante de l'épiderme. On peut dire que, dans certains pays, surtout en Angleterre et en Amérique, ce mot a servi jusque dans ces derniers temps à désigner presque toutes les éruptions pityriasiques et desquamatives généralisées rouges, autres que les exanthèmes vrais.

« Il faut tout d'abord éliminer du groupe pityriasis rubra toutes les poussées aiguës et généralisées d'eczéma et de psoriasis, l'eczéma rubrum et le psoriasis scarlatiniforme généralisé, tous les érythèmes médicamenteux; malheureusement, quelque étrange que cela paraisse, les mémoires qui ont été publiés sur cette obscure question fourmillent de faits mal interprétés, que l'on doit ranger dans l'une des catégories précédentes. Nous croyons que l'on doit également retrancher des observations qui ont reçu l'étiquette de pityriasis rubra toutes celles qui se rapportent au syndrome décrit par Bazin sous le nom d'*herpétide maligne exfoliatrice* (pemphigus foliacé de Hardy).

« Après avoir éliminé les maladies précédentes, nous nous trouvons encore en présence de quatre types, que l'on a tout récemment distingués dans l'ancien groupe pityriasis rubra, et qui sont : 1° L'*érythème scarlatiniforme desquamatif;* 2° la *dermatite exfoliatrice généralisée;* 3° le *pityriasis rubra chronique* grave (type d'Hebra); 4° le *pityriasis rubra bénin* (type Vidal). Nous croyons que ces quatre types sont assez distincts les uns des autres; mais nous ne pensons pas qu'on puisse en faire des entités morbides absolument indépendantes, car nous connaissons des observations qui semblent former des faits de passage entre chacune d'elles. »

Les idées de Brocq sont d'ailleurs exposées dans son récent mémoire déjà cité sur le pityriasis rubra.

2. V. la thèse et le mémoire déjà cités de Brocq. — Je ne puis mieux faire, pour la description de la dermatite exfoliatrice et du pityriasis rubra, que de résumer les travaux de cet auteur.

supérieurs et le tronc, puis les membres inférieurs et enfin la face. Cette généralisation met le plus souvent huit à dix jours à s'accomplir; elle gagne de proche en proche comme un érysipèle; mais les pieds et les mains ne sont affectés que plus tardivement, quelquefois après un ou deux mois. La peau présente une rougeur générale, lisse, luisante, qui ne reste pas longtemps dans cet état, car l'épiderme ne tarde pas à s'exfolier. La desquamation commence du sixième au douzième jour, parfois avant que la généralisation de l'éruption soit complète.

A la *période d'état*, l'éruption est caractérisée par une *rougeur intense*, érysipélateuse, parfois violacée, accompagnée d'un peu d'épaississement du derme. La peau de la face est épaissie, les lèvres sont gonflées et se meuvent difficilement, les traits sont souvent immobilisés, les oreilles sont œdématiées et les paupières inférieures sont abaissées en ectropion. Sur le reste du corps, l'éruption présente une teinte plus ou moins foncée; elle est constamment sèche, sauf dans quelques cas où il y a un peu de suintement vers les plis articulaires.

A ce moment, de lisse et luisante qu'elle était au début, la surface cutanée est devenue rugueuse; l'épiderme se fendille et se soulève en petites écailles; bientôt la *desquamation devient générale*. Cette desquamation, une fois établie, est incessante et toujours sèche, d'une abondance excessive; elle est constituée par des lamelles blanches, nacrées, transparentes, imbriquées, adhérentes par leur bord supérieur, flottantes par tout le reste de leur étendue, ordinairement très larges et pouvant atteindre plusieurs centimètres carrés, quelquefois presque furfuracées. Sur les membres et sur le tronc, les squames présentent de grandes dimensions; sur le cuir chevelu, au contraire, elles sont toujours petites et pityriasiques.

C'est vers la fin du premier mois qu'apparaissent les *lésions des phanères*, qui sont constantes, avec des degrés divers, et qui doivent être considérées, d'après Brocq, comme le symptôme le plus caractéristique de la maladie. Les cheveux et tous les poils du corps tombent peu à peu; l'alopécie est parfois complète; elle est due à une atrophie des bulbes pileux, semblable à celle qui se produit dans la pelade décalvante. Les ongles sont atteints comme le système pileux; leurs altérations sont plus ou moins marquées; elles évoluent lentement, sans aucune douleur, sans la moindre inflammation péri-unguéale. Le

plus souvent, les ongles sont mortifiés dans leur totalité et tombent complètement; parfois ils sont seulement épaissis, secs, jaunes, striés et très friables.

L'éruption peut se propager aux *muqueuses*, à la conjonctive, à la muqueuse des fosses nasales, aux lèvres, à la langue, aux muqueuses de la bouche et de la gorge, et provoquer sur ces parties des inflammations plus ou moins vives, accompagnées d'exulcérations fréquentes et de concrétions pseudo-membraneuses.

La dermatite exfoliatrice est constamment prurigineuse au début; mais les *démangeaisons* ne persistent jamais pendant toute la durée de la maladie; elles diminuent bientôt et disparaissent, pour se manifester de nouveau au moment des rechutes.

La *santé générale est toujours gravement atteinte.* La fièvre est constante et la température vespérale peut dépasser 40°; l'apparition des poussées successives et des complications est toujours accompagnée d'une recrudescence fébrile. Les malades maigrissent, perdent leurs forces et sont obligés de garder le lit; ils ont des alternatives de diarrhée et de constipation.

On peut observer des complications multiples : soit des complications cutanées (anthrax, abcès intra-dermiques, ulcérations et eschares); soit des accidents plus graves et très divers, tels que *iritis, hydarthroses, troubles intellectuels, amaurose, paralysies partielles*, etc.

Marche et terminaison. — Dans les cas simples, la maladie décline au bout de deux ou trois mois; l'éruption disparaît peu à peu, les poils et les ongles repoussent, les forces reviennent, et le malade est rétabli au bout de trois ou quatre mois. L'éruption laisse seulement à sa suite des taches pigmentaires brunâtres qui persistent pendant longtemps. Mais la guérison peut être retardée jusqu'à huit mois et même davantage par des complications ou par des rechutes. Cette guérison est d'ailleurs habituelle, au bout d'un temps variable; néanmoins la mort survient quelquefois; elle est le résultat d'une complication ou de l'aggravation graduelle de tous les symptômes.

La dermatite exfoliatrice peut récidiver plusieurs fois.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la peau dans la dermatite exfoliatrice ont été étudiées par *Buchanan Baxter*, par *Vidal* et par *Brocq*. Ces auteurs ont trouvé que le corps papillaire était infiltré de cellules embryonnaires, que les vaisseaux du derme et des papilles étaient dilatés, que le *stratum granulosum* et le *stratum lucidum* de

l'épiderme avaient disparu, et que les cellules de la couche cornée renfermaient un noyau très visible. Ces lésions sont celles de toutes les dermatoses inflammatoires, caractérisées par un trouble de kératinisation de l'épiderme.

Quinquaud, qui a décrit la dermatite exfoliatrice généralisée sous le nom de *dermite aiguë grave primitive* [1], a trouvé dans cette affection des lésions importantes du système nerveux : une myélite diffuse et une névrite parenchymateuse des nerfs cutanés.

Etiologie. — La dermatite exfoliatrice survient ordinairement chez des individus sains, qui n'ont jamais été atteints antérieurement d'affections cutanées (Brocq). C'est une maladie rare, observée surtout chez l'adulte et dans le sexe masculin. Elle ne paraît pas contagieuse et ses causes sont inconnues.

Diagnostic. — Cette dermatose diffère de l'*eczéma rubrum*, du *psoriasis scarlatiniforme* et du *pemphigus foliacé* [2] par la nature de sa lésion qui est uniquement *érythémato-squameuse*, par la sécheresse de ses squames, par l'absence complète de vésicules, de papules, de bulles ou de débris de bulles, par la chute des poils et des ongles, et par son évolution spéciale et cyclique.

Elle est distincte du *pityriasis rubra de Hebra*, dont l'évolution est beaucoup plus lente, le pronostic plus grave, et dans lequel les squames sont plus petites.

Traitement. — Le meilleur traitement local de la dermatite exfoliatrice, d'après Brocq, est l'application du liniment oléo-calcaire et l'enveloppement ouaté [3]. A l'intérieur il faut prescrire le régime lacté et des toniques.

A la dermatite exfoliatrice il faut rattacher la plupart des **érythèmes scarlatiniformes desquamatifs,** ceux qui sont conformes au type établi par *Féréol* et par *E. Besnier* [4].

En réalité, il existe *deux formes bien distinctes d'érythème scarlatiniforme :* l'une qui ressemble vraiment à l'éruption de la scarlatine, dont l'évolution est généralement courte, dont la desquamation est relativement peu abondante, comparée à celle de la dermatite exfolia-

1. V. *Bull. de la Société anat.* 1879.
2. V. ci-dessus, p. 486.
3. C'est le traitement qu'employait Hillairet dans le pemphigus foliacé.
4. *Compte rendu de la Soc. méd. des hôpitaux* de Paris. *Union méd.* 1876, n° 29.

trice; c'est l'érythème scarlatiniforme de Hardy, celui qui survient dans le rhumatisme ou sous l'influence de certaines ingestions alimentaires; celui-là est un véritable érythème ; il a été décrit précédemment [1]. — L'autre est une affection qui est surtout squameuse; la rougeur de la peau, bien qu'elle soit le phénomène primitif, est accessoire dans l'évolution symptomatique de la maladie; les squames sont tellement abondantes qu'elles attirent toute l'attention; elles sont larges, lamelleuses, parfois imbriquées et feuilletées, se renouvellent incessamment, occupent même la face et le cuir chevelu. En d'autres termes, cette forme d'érythème desquamatif est *beaucoup plus pityriasique qu'érythémateuse ;* elle ressemble absolument, sous le rapport des phénomènes objectifs, à la dermatite exfoliatrice; on verra plus loin que ses lésions histologiques sont aussi les mêmes que celles de cette dernière affection. C'est pour toutes ces raisons qu'à l'exemple de Brocq, je suis porté à *considérer cet érythème desquamatif comme un pityriasis*, comme une forme atténuée, bénigne, et à évolution rapide de la dermatite exfoliatrice [2].

Symptômes. — Cet érythème scarlatiniforme desquamatif, tel qu'il a été décrit par Féréol et par E. Besnier, est une affection pseudo-exanthématique, qui débute par des phénomènes généraux : malaise, courbature, frissons, mouvement fébrile.

L'éruption apparaît très rapidement, quelquefois le jour même, le lendemain, le surlendemain au plus tard. Elle est d'abord caractérisée, au dire des malades, par de petites taches rouges, peu prurigineuses, qui se montrent en premier lieu sur un point variable du corps, deviennent confluentes et forment des plaques rouges plus ou moins étendues. Bientôt, quelquefois en moins d'un jour, les plaques se réunissent et se confondent, et l'éruption devient générale. La face et les extrémités sont les dernières régions envahies.

A sa période d'état, l'affection se présente sous l'aspect d'une rougeur vive qui recouvre uniformément toute la surface cutanée, et qui disparaît momentanément sous la pression du doigt.

La desquamation se montre trois ou quatre jours après le début de l'éruption, quelquefois dès le lendemain. L'épiderme se fendille,

1. V. ci-dessus, p. 246.
2. V., outre le Mémoire de Brocq sur le pityriasis rubra, la thèse de Percheron. Cet auteur considère l'éryth. scarlatiniforme desquamatif comme une variété pseudo-exanthématique de dermatite exfoliatrice.

comme dans la dermatite exfoliatrice, précédemment décrite, et se soulève sous forme d'écailles sèches, blanches ou grisâtres, larges, lamelleuses, qui tombent et se renouvellent pendant une semaine environ.

Cette desquamation lamelleuse est surtout observée sur le tronc et sur les membres; à la face et au cuir chevelu, les squames sont fines, furfuracées, adhérentes et très abondantes. « La face, dans son ensemble, présente un aspect enfariné, qui répond assez bien à une figure de pierrot » (Brocq). Aux mains et aux pieds, l'épiderme se détache sous forme de lambeaux larges et épais, comme dans la scarlatine.

Les *muqueuses sont quelquefois atteintes;* la gorge, la bouche et la langue sont rouges, cuisantes, vernissées et dépouillées de leur épithélium; les conjonctives sont injectées et douloureuses; les malades éprouvent des troubles fonctionnels en rapport avec ces lésions.

Les *symptômes généraux* sont à peu près nuls lorsque la période de desquamation est arrivée. La démangeaison est ordinairement très légère.

La *marche* de cette affection est très rapide; au bout d'un septénaire environ, les squames deviennent moins abondantes et plus fines, la rougeur diminue peu à peu, et toute trace de l'éruption a disparu après une durée de quinze jours à un mois.

L'érythème desquamatif scarlatiniforme est fréquemment sujet à des *rechutes*, quelquefois subintrantes, et à des *récidives* plus ou moins éloignées.

Anatomie pathologique. — Ainsi que j'ai pu le constater sur des préparations faites par M. Suchard, les lésions cutanées de cet érythème desquamatif sont les mêmes que celles de la dermatite exfoliatrice [1]. Le *stratum granulosum* et le *stratum lucidum* de l'épiderme

1. Je viens d'observer à la Clinique médicale de l'hôpital Necker (service de M. le professeur Potain) un cas d'érythème desquamatif scarlatiniforme, dans le cours duquel la mort est survenue, causée par une néphrite interstitielle ancienne. Voici cette observation, recueillie par *M. Boursier*, interne du service, avec la relation de l'autopsie et les détails de l'examen microscopique par *M. Suchard*, chef du laboratoire de la Clinique :

Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant; néphrite interstitielle ancienne; mort à la suite d'une poussée érythémato-squameuse. Autopsie et examen microscopique de la peau.

Carel Pierre, typographe, âgé de cinquante-neuf ans, entre le 15 juillet 188[illegible], au n° 15 de la salle Saint-Luc, service de M. le professeur Potain, hôpital Necker.

Son père est mort à la suite d'excès alcooliques. Sa mère est morte de la poi-

ont disparu; les squames sont composées de cellules aplaties, dans lesquelles le noyau subsiste et se colore en rouge par le carmin. Les lésions du derme sont celles de toutes les inflammations cutanées : dilatation des vaisseaux, infiltration du corps papillaire et de la partie

trine à l'âge de quarante-six ans. Un frère est mort à trente ans, d'une hypertrophie du cœur.

Le malade, originaire de Saint-Julien (Orne), habite Paris depuis plusieurs années. Il aurait été jadis dans une brillante situation de fortune; mais il a tout perdu dans des spéculations hasardeuses.

Il n'avoue aucune affection vénérienne, aucun excès alcoolique; on n'en trouve d'ailleurs aucune trace.

Il aurait été atteint de la même affection que celle qu'il présente aujourd'hui à son entrée à l'hôpital, à trois reprises différentes : à dix-neuf ans, à vingt-cinq ans et à quarante-cinq ans. — Cette affection survenait vers le mois d'avril et durait à peu près trois semaines. La première et la deuxième fois, l'éruption et la desquamation furent limitées aux parois abdominales, au scrotum et aux cuisses. — La troisième fois l'éruption fut généralisée.

A la suite de chacune de ces éruptions squameuses, il n'y eut ni chute des poils, ni chute des ongles.

Dans l'intervalle de ces poussées, existaient quelques pellicules, qui disparaissaient à la suite de bains d'amidon.

Vers le 28 juin dernier, le malade perdit l'appétit, ressentit quelques douleurs à la gorge, en même temps qu'un malaise général.

Le 1er juillet, vers dix heures du soir, il fut pris de fièvre avec frissons, sans douleurs dans les reins et sans transpiration. Son corps devint d'un rouge rose. La peau était chaude et était le siège de démangeaisons. Pas de production de bulles, ni de vésicules. La coloration rouge rose disparut peu à peu.

Le 3 juillet, la peau se fendille, et commence à desquamer.

Le 12 juillet le malade entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Desquamation généralisée. La face est couverte de petites squames, de pellicules. Le malade a la figure comme enfarinée.

La desquamation existe sur tout le corps, de la tête aux pieds; toute la surface cutanée est couverte de squames épidermiques sèches, blanches, formant par places des lambeaux de plusieurs centimètres de large. — Au niveau des doigts et des orteils, on trouve de grands lambeaux d'épiderme, qui forment comme des doigts de gant.

Au-dessous des squames, la peau est rouge et sèche.

Il n'y a pas de chute des poils, des cheveux, des sourcils, ni de la barbe; pas d'altération des ongles.

L'appétit est diminué. La langue est rosée. Le ventre n'est pas douloureux. Diarrhée (de 4 à 5 selles par jour).

La respiration est gênée, fréquente. Aux deux bases, surtout à droite, on entend des râles de congestion pulmonaire. Pas d'expectoration.

Rien au cœur.

Les membres inférieurs sont un peu tuméfiés et œdématiés.

L'examen des urines dénote la présence de l'*albumine* en petite quantité.

Pas de troubles de la vue ni de l'ouïe.

Traitement : Régime lacté. Potion avec vingt gouttes de Laudanum.

18 juillet. — Il n'y a presque plus de desquamation. Presque toutes les squames ont disparu. La peau paraît saine.

L'urine contient moins d'albumine.

Les râles que l'on entendait aux deux bases ont disparu.

Le malade semble à peu près guéri.

19 juillet. — Dans la journée la peau est redevenue rouge; elle est le siège de

superficielle du derme par des noyaux et des cellules embryonnaires.

Etiologie. — L'érythème scarlatiniforme desquamatif est une maladie rare. Ses rapports avec l'arthritisme sont douteux, et, en réalité, ses

démangeaisons assez vives; *C'est une nouvelle poussée érythémato-squameuse qui commence.*

20 juillet. — T. 37° 8.

La peau est rouge, pâle ; elle commence à se fendiller.

On ne remarque aucune bulle, aucune vésicule.

T. soir 37° 4.

21 juillet. — T. 37° 4. La rougeur a disparu. — La desquamation a commencé. — Les cheveux ne tombent pas d'eux-mêmes; mais on peut les arracher par poignées.

La respiration redevient gênée. On entend quelques râles disséminés dans toute la poitrine.

L'urine contient toujours de l'albumine.

Traitement : Bain de vapeur.

T. soir 38°.

22 juillet. — Démangeaisons sur tout le corps. La peau s'enlève par grandes squames.

Diarrhée : 2 selles liquides par jour.

T. matin 37° 4; soir 38°.

23 juillet. — Dyspnée assez considérable. Les râles sont très nombreux et disséminés dans toute la poitrine.

Le malade est toujours assoupi.

T. 37°8. 38°.

Potion avec : Extrait quinquina..... } aa 2 gr.
Extrait Ratanhia.....

24 juillet. — Même état.

T. 37°,8. 38.

25 juillet. — Dyspnée intense.

T. 37°,2 37°,8.

Délire tranquille.

26 juillet. — Même état.

27 juillet. — La respiration est de plus en plus gênée.

On entend des râles sonores et humides dans toute la poitrine.

L'urine contient toujours de l'albumine.

Délire continu.

Mort dans la nuit du 27 au 28 juillet.

L'autopsie a été faite le 29 juillet par M. Suchard.

Dans la cavité pleurale de chaque côté, un verre de liquide citrin et un demi-verre dans la cavité péricardique. Pas de liquide dans la cavité abdominale.

Cœur gros comme le poing du sujet. A sa surface plusieurs plaques laiteuses, mais pas d'adhérences anormales du péricarde.

Pas de lésion d'orifices. Quelques plaques d'athérome d'un demi-centimètre carré environ.

Poumon gauche libre d'adhérences dans la cavité pleurale, excepté au sommet, où un groupe de tubercules, dont plusieurs sont crétacés, est entouré d'une zone de pneumonie interstitielle. Le tissu fibreux de cette pneumonie est relié à la plèvre pariétale par des brides fibreuses, très résistantes. Le lobe inférieur et le bord postérieur du poumon sont très congestionnés. Le bord antérieur du pou-

causes ne sont pas plus connues que celles de la dermatite exfoliatrice.

Diagnostic. — L'érythème desquamatif diffère de la *scarlatine* par sa marche, par l'absence d'angine et de phénomènes généraux graves, par la précocité et l'abondance de sa desquamation.

mon est emphysémateux. La muqueuse bronchique est d'aspect normal. Les bronches sont remplies de muco-pus.

Poumon droit libre d'adhérences dans la cavité pleurale. Ce poumon, qui ne présente pas de tubercules, est chargé de sang dans presque toute son étendue, et présente, lorsqu'on l'incise, plusieurs noyaux apoplectiques. Les branches des artères pulmonaires qui arrivent dans ces noyaux sont remplies de caillots rouges, se détachant facilement des parois des vaisseaux. Pas d'infarctus. Muqueuse bronchique d'aspect normal, mais couverte de muco-pus fortement teinté de rouge.

Rate de volume normal. La capsule fibreuse est très épaissie et présente, en bien des points, de larges plaques fibreuses blanchâtres et très dures.

Les *deux reins* présentent chacun le volume d'un petit œuf.

Le rein gauche pèse 75 grammes et le rein droit 80 grammes.

Ils sont très granuleux. Leur capsule fibreuse ne se détache qu'en entraînant des morceaux de la substance du rein. A la coupe, le tissu de ces reins est excessivement dur; l'ongle ne pénètre pas dans la surface de section. La substance corticale a presque totalement disparu et ne présente qu'une épaisseur de un millimètre environ. Cette substance corticale renferme un assez grand nombre de kystes de volume variable. La substance des pyramides est presque aussi dure que ce qui reste de la substance corticale.

La surface des deux reins est couverte de granulations formant chacune une petite saillie d'un millimètre de hauteur et d'étendue.

Pas de lésions intestinales.

Voies biliaires perméables.

Foie entouré d'un tissu fibreux, très épais, pénétrant dans la substance du foie en un très grand nombre de points. Le volume de cet organe est normal; mais son tissu est très chargé de sang; l'ongle y pénètre facilement. En bien des points, des taches blanches indiquent une dégénérescence graisseuse assez avancée.

Dans l'aorte descendante plusieurs plaques d'athérome.

Pas d'athérome des artères de la base du cerveau.

Cerveau normal.

La moelle ne présente pas de lésions à l'œil nu.

Examen microscopique de la peau. — Des fragments de peau sont enlevés, six heures après la mort, aux points où l'adhérence des squames aux couches profondes indique que la lésion est encore en pleine activité. Ces fragments de peau, après un séjour de vingt-quatre heures dans l'alcool à 36°, sont réduits en coupes qui sont elles-mêmes colorées au picro-carminate d'ammoniaque faible et montées dans la glycérine.

Sur ces coupes, outre les lésions du derme qui sont celles de toutes les inflammations de la peau (allongement des papilles, dilatation des vaisseaux, amas de cellules embryonnaires), on constate que, partout où les squames sont en train de se former, l'éléidine de l'épiderme a disparu, qu'il n'y a plus de stratum granulosum et que les noyaux de la couche cornée, très apparents, sont vivement colorés en rouge par le carmin. Aux points où l'épiderme se reforme, le corps muqueux très épaissi présente un stratum granulosum dont l'étendue est plus grande qu'à l'état normal et dont les cellules renferment beaucoup de grains d'éléidine; à ce niveau, cette dernière substance est à l'état diffus dans le stratum lucidum. Il s'agit donc, dans ce cas particulier, d'une lésion squameuse bien caractérisée qui, en bien des points, est en voie de guérison.

Des nerfs cutanés du bras ont été recueillis à l'autopsie; ces nerfs, après

Etiologie. — Le pityriasis rubra est une affection rare; Hebra et Kaposi ne l'ont jamais observée que chez des hommes. Ses causes sont complètement inconnues.

Diagnostic. — Les caractères différentiels du *psoriasis* [1], du *lichen ruber* [2], du *pemphigus foliacé* [3] et du pityriasis rubra ont été indiqués précédemment.

Cette dermatose, à cause de la sécheresse constante de ses squames, de son évolution particulière et de sa gravité, ne peut être confondue avec aucune forme d'*eczéma*.

Pronostic et traitement. — Tous les cas de pityriasis rubra observés à Vienne se sont terminés par la mort. Toutefois, plusieurs années s'écoulent généralement avant cette terminaison funeste.

Comme traitement local, on a employé les bains continus, les applications d'onguent diachylon et de pommades de toutes sortes, sans aucun succès. — A l'intérieur, Kaposi prescrit l'acide phénique, auquel il semble accorder une certaine valeur.

1. V. ci-dessus, p. 611.
2. V. ci-dessus, p. 567.
3. V. ci-dessus, p. 486.

N.-B. — Voir la figure chromolithographiée, représentant le pityriasis rosé, à la fin du volume :

Planche VIII, fig. 2.

FIN DU PREMIER VOLUME

PLANCHES

Ces planches chromolithographiées ont été exécutées d'après les moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Dans la légende de chaque figure, le lecteur trouvera le numéro de la pièce correspondante du musée de Saint-Louis et l'indication du service d'où cette pièce provient.

PLANCHE II

Fig. 1. — Erythème pellagreux. — (Pièce n° 603. — Service de M. E. Vidal.)

Fig. 2. — Urticaire. — (Pièce n° 237. — Service de M. Lailler.)

Fig. 3. — Erythème copahique. — (Pièce n° 690. — Service de M. A. Fournier.)

Fig. 1

Fig 2

Fig 3

Imp Lemercier & Cie Paris

O. Doin Editeur Paris

PLANCHE III

Fig. 1. — Herpès labialis. — (Pièce n° 721. — Service de M. Lailler.)

Fig. 2. — Herpès confluent de la vulve. — (Pièce n° 518. — Service de M. A. Fournier.)

Fig. 3. — Zona pectoral. — (Pièce n° 85. — Service de M. Lailler.)

Fig 1

Fig 2

Fig 3

Imp. Lemercier & Cie Paris

O. Doin Editeur Paris

LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

PLANCHE IV

Fig. 1. — Hydroa. — (Pièce n° 190. — Service d'Hillairet.)

Fig. 2. — Eczéma aigu. — (Pièce n° 409. — Service de M. Lailler.)

Fig 1

Fig 2

Imp. Lemercier & Cie Paris

O Doin Editeur Paris

PLANCHE V

Fig. 1. — Eczéma lichénoïde palmaire. — (Pièce n° 56. — Service de M. Lailler.)

Fig. 2. — Eczéma lichénoïde et eczéma des ongles. — (Combinaison de la pièce n° 624. — Service de M. A. Fournier.
Et de la pièce n° 361. — Service de M. E. Vidal.)

Fig. 1.

Fig. 2.

Imp. Lemercier & Cie Paris.

O. Doin Editeur Paris.

PLANCHE VI

Fig. 1. — Eczéma craquelé. — (Pièce n° 459. — Service de M. A. Fournier.)

Fig. 2. — Lichen en plaque unique, à grosses papules. — (Pièce n° 528. — Service d'Hillairet.)

Fig. 3. — Pemphigus. — (Pièce n° 352. — Service de M. Guibout.)

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Imp. Lemercier & Cie Paris

O. Doin Editeur Paris.

PLANCHE VII

Fig. 1. — Lichen planus corné. — (Pièce n° 524. — Service de M. E. Vidal.)

Fig. 2. — Eczéma dégénéré papillomateux, ou Lichen hypertrophique. — (Pièce n° 189. — Service d'Hillairet.)

Fig. 3. — Ecthyma infantile aigu. — (Pièce n° 420. — Service de M. A. Fournier.)

Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

Imp Lemercier & Cie Paris.

O. Doin Editeur Paris

A. Leuba

PLANCHE VIII

Fig. 1. — Prurigo parasitaire. — Phthiriase. — (Pièce n° 633. — Service de M. E. Besnier.)

Fig. 2. — Pityriasis rosé.

Fig. 3. — Psoriasis circinata. — (Pièce n° 151. — Service de M. Guibout.)

Fig. 1.

Fig. 2.

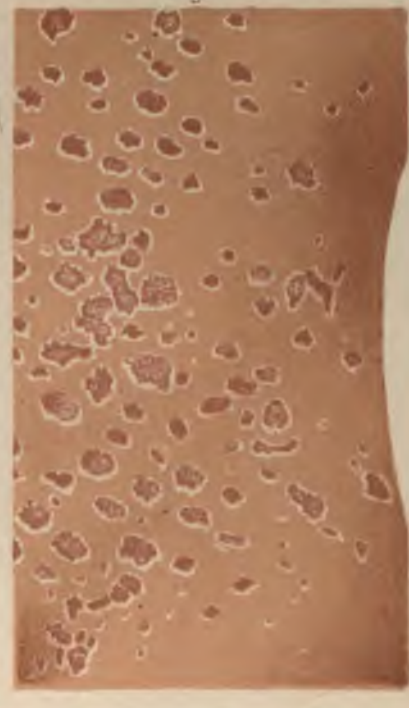

Fig. 3.

Lemercier et Cie Paris

O. Doin Editeur Paris

A. Leuba

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

NOTIONS PRÉLIMINAIRES D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE.

CHAPITRE PREMIER. — *Anatomie* 1
Développement de la peau 2
Configuration extérieure de la peau 6
Histologie de la peau. Structure du derme 9
Nerfs et terminaisons nerveuses 13
Structure de l'épiderme 17
Glandes et poils 19
Ongles 28

CHAPITRE II. — *Physiologie* 32
Propriétés de tissu 32
Absorption cutanée 34
Sécrétion sudoripare 36
Sécrétion sébacée 45
Sensibilité de la peau 50

DEUXIÈME PARTIE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

CHAPITRE PREMIER. — *Sémiologie* 58
Lésions élémentaires 59
Macules (congénitales) 60
Taches (acquises) 62
Vésicules 77
Bulles 84
Pustules 88
Papules 99
Tubercules 104
Squames 111
Lésions secondaires 115
Excoriations 115
Ulcérations 116
Fissures 118
Croûtes 119

Cicatrices 121
Hypertrophies et atrophies. 123
Altérations fonctionnelles de la peau. 124
Troubles de la sécrétion sudorale. 124
Troubles de la sécrétion sébacée. 129
Altérations de la sensibilité cutanée. 129

CHAPITRE II. — *Anatomie pathologique générale* 133

CHAPITRE III. — *Evolution des maladies de la peau.* Marche. Durée. Terminaison. 140

CHAPITRE IV. — *Diagnostic général* 148

CHAPITRE V. — *Pronostic général* 152

CHAPITRE VI. — *Etiologie générale*. 158
Causes diathésiques 159
Causes anatomo-pathologiques 165
Causes physiologiques. 168
Causes extérieures agissant par pénétration. 171
Causes externes 174

CHAPITRE VII. — *Thérapeutique générale*. 178
Médications spécifiques. 186
Eaux minérales 189

CHAPITRE VIII. — *Histoire des classifications*.. 195
Classifications topographiques. — Mercurialis; Alibert 196
Classifications anatomiques. — Jackson; Baron; G. Simon. 197
Classifications morphologiques. — Riolan; Plenck; Willan. 197
Classifications anatomo-physiologiques. — Rayer; Cazenave; Hèbra; Bœrensprung; etc. 199
Classifications chronologiques. — J. Franck. 202
Classification naturelle d'Alibert. 202
Classifications étiologiques. — Lorry; Baumès; Hardy; Bazin. 204
Classifications mixtes. — E. Wilson; T. Fox; Gailleton. 207
Classification d'Auspitz. 210
Classification d'Hillairet 220

TROISIÈME PARTIE

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

Dermatoses congestives ou inflammatoires communes. 229

PREMIER ORDRE. — *Dermatoses érythémateuses* 234

PREMIER GENRE. — **Erythèmes**. 234
Historique. 235
Erythèmes de cause interne 240
Erythème polymorphe et ses variétés. 240
Erythème scarlatiniforme [1]. 246
Erythème fugace et érythème réflexe. 249
Erythèmes symptomatiques des maladies infectieuses. 251
Erythème par trouble trophique 251
Erythèmes pathogénétiques. 252
Erythèmes de cause externe (intertrigo, des nouveau-nés, paratrime, lève, pernio, igné, solaire, pellagroïde, *ab acribus*) 253
Aerodynie 258

1. V. aussi p. 636.

Pellagre 263
Symptômes 265
Diagnostic. 273
Anatomie pathologique. Etiologie. 275
Traitement. 280

Deuxième genre. — **Roséole.** Historique 281
Symptômes. 286

Troisième genre. — **Urticaire.** Historique 289
Symptômes 292
Anatomie pathologique. 297
Etiologie. 299

Quatrième genre. — **Erysipèle.** 304
Historique. Pathogénie. 305
Etiologie. 309
Anatomie pathologique. 312
Symptomatologie. 317
Diagnostic 324
Pronostic. Traitement 326

DEUXIÈME ORDRE. — *Dermatoses vésiculeuses* 329

Premier genre. — **Eczéma.** Historique. 329
Définition 339
Description générale. Symptômes. 340
Diagnostic. 345
Pronostic 350
Etiologie. 351
Anatomie pathologique. 361
Variétés. Variétés morphologiques 368
Formes composées : eczéma impétigineux ; eczéma lichénoïde 372
Eczéma psoriasiforme 373
Variétés selon le siège. 373
Variétés étiologiques : eczéma scrofuleux ; eczéma arthritique. 386
Eczemas pathogénétiques : Hydrargyrie. 388
Eczémas de cause externe. 389
Thérapeutique de l'eczéma. 394
Traitement local. 401
Traitement général 405
Modifications du traitement local selon les variétés. 408

Deuxième genre. — **Herpès.** Historique. 411
Définition et description générale. 419
Herpès phlyténoïde, fièvre herpétique. 421
Herpès zoster ou zona 424
Variétés du zona. 430
Herpès symptomatique. 435
Herpès gestationis 438
Herpès de cause externe : herpès progénital. 439
Anatomie pathologique ; diagnostic de l'herpès. 442
Traitement. 445
Troisième genre. — **Hydroa.** Historique ; définition 447
Symptômes 448
Diagnostic. 451

TROISIÈME ORDRE. — *Dermatoses bulleuses*. 453

Premier genre. — **Pemphigus.** Historique. 453
Description générale. 460

Pemphigus aigu fébrile. 463
Pemphigus des nouveau-nés 466
Pemphigus chronique bulleux ordinaire. 471
Etiologie 475
Pemphigus foliacé 478
Anatomie pathologique du pemphigus. 482
Diagnostic. 484
Traitement. 487

Deuxième genre. — **Rupia.** Historique. 489
Description. 493
Rupia escharotica 495
Etiologie. Diagnostic. 496
Pronostic et traitement. 498

QUATRIÈME ORDRE. — *Dermatoses pustuleuses*. 500

Premier genre. — **Ecthyma.** Historique. 500
Description. 503
Etiologie et variétés 507
Anatomie pathologique. Diagnostic. 511
Thérapeutique 513

Deuxième genre. — **Impétigo.** Historique. 515
Description 523
Variétés 525
Etiologie. 528
Diagnostic. 530
Anatomie pathologique. Pronostic et traitement. 532

CINQUIÈME ORDRE. — *Dermatoses papuleuses*. 536

Premier genre. — **Lichen.** Historique. 536
Définition et division. 543
Lichen simplex (et agrius). 544
Lichen pilaris vulgaire (cutis anserina). 550
Lichen circumscriptus (lichen scrofulosorum). 553
Lichen ruber. 557
Symptômes. Lichen ruber acuminé. 558
Lichen ruber plan (lichen planus). 559
Anatomie pathologique. 564
Etiologie. Diagnostic. 566
Pronostic. 568
Traitement. 569

Deuxième genre. — **Strophulus** 570

Troisième genre. — **Prurigo.** Historique. 575
Description. Prurigo simple. 580
Prurigo compliqué. 582
Prurigo sans papules (prurit cutané). 583
Anatomie pathologique. 587
Etiologie. 588
Diagnostic. 590
Pronostic et traitement. 591

SIXIÈME ORDRE. — *Dermatoses squameuses*. 595

Premier genre. — **Psoriasis.** Historique. 595
Définition 601
Description. 602
Anatomie pathologique. 607

Etiologie. 608
Diagnostic. 610
Pronostic et traitement. 612

Deuxième genre. — **Pityriasis**. Historique 617
Définition et division. 621
Pityriasis simple. 622
Pityriasis rosé. 625
Pityriasis pilaris. 628
Pityriasis rubra 632
Dermatite exfoliatrice 633
Erythème scarlatiniforme desquamatif. 636
Pityriasis rubra chronique. 642

Planches. 645

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

Coulommiers. — Typog. Paul BRODARD et Cie

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY

This book should be returned on or before
the date last stamped below.

25M-3-50-88267

T71
H64
1885
v.1

Hillairet, Jean-Baptiste
Traité ... des maladies d
peau.

NAME

DATE DU

T71
H64
1885
Vol. 1